

Année 1939

N°

THÈSE

490

POUR LE

DOCTORAT DE MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1939

PAR

Alain PATEL

Né le 25 Janvier 1914, à St-Mihiel (Meuse)

Contribution à l'étude de la Socio-Pathologie

Des Affections mentales
en rapport avec les difficultés de la vie

Président : Monsieur LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

LA FLÈCHE

IMPRIMERIE F. BESNIER

Rue de l'Hôtel-de-Ville

1939

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales ..	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale ...	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée..	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LÉPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
	MOCQUOT.
Clinique gynécologique	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale ...	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.

Clinique de la Tuberculose
 Clinique chirurgicale orthopédique de
 l'adulte.....
 Clinique cardiologie
 Clinique de neuro-chirurgie
 Assistance Médico-sociale

MM.
 TROISIÈRE.
 MATHIEU.
 LAUBRY.
 Clovis VINCENT.
 N...

Professeurs sans chaire

HAZARD.
 HOVELACQUE.
 MULON.
 OLIVIER.
 SANNIÉ.
 VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

Pathologie chirurgicale
 Pathologie médicale
 Pathologie médicale
 Pathologie médicale
 Hydrologie.....
 Pathologie médicale
 Histologie
 Pathologie médicale
 Pathologie médicale
 Pathologie médicale
 Physique
 Urologie
 Pathologie chirurgicale
 Parasitologie
 Bactériologie
 Pathologie chirurgicale
 Physiologie
 Pathologie médicale
 Histologie
 Pathologie médicale
 Oto-rhino-laryngologie
 Anatomie pathologique
 Hygiène
 Obstétrique
 Obstétrique
 Pathologie médicale
 Parasitologie.....
 Pathologie médicale
 Pathologie expérimentale
 Pathologie chirurgicale
 Pharmacologie
 Neuro-psychiatrie
 Pathologie chirurgicale
 Pathologie médicale
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Médecine légale

MM.
 AMELINE.
 BARIETY.
 BENARD (Henri).
 BERNARD (Et enne).
 Justin BEZANÇON.
 BOULIN.
 BULLIARD.
 CATHALA.
 CHEVALLIER.
 COSTE.
 DOGNON.
 FEY.
 FUNCK.
 GALLIARD.
 GASTINEL.
 DE GAUDART D'AILLAINES.
 GAYET.
 DE GENNES.
 GIROUD.
 HAGUENAU.
 HALPHEN.
 HUGUENIN.
 JOANNON.
 LACOMME.
 LANTUÉJOUL.
 LAROCHE (Guy).
 LAVIER.
 LELONG.
 LEMAIRE.
 LEVEUF.
 Mlle J. LÉVY.
 LEVY-VALENSI.
 MÈNÉGAUX.
 MOLLARET.
 MOREAU.
 MOULONGUET.
 MOUQUIN.
 PETIT-DUTAILLIS.
 PIÉDELIEVRE.

	MM.
Obstétrique	PORTES.
Ophthalmologie	RENARD.
Physiologie	RICHET.
Pathologie chirurgicale	SENÈQUE.
Pathologie médicale	TURPIN.
Obstétrique	VIGNES.
Pathologie chirurgicale	WILMOTH.

III — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pathologie chirurgicale	ALGLAVE.
Pharmacologie.....	BUSQUET.
Physiologie	CHAILLEY-BERT.
Obstétrique	GUENIOT.
Pathologie chirurgicale	HEITZ-BOYER.
Pathologie chirurgicale	LARDENNOIS.
Obstétrique.....	LE LORIER.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Pathologie chirurgicale	SCHWARTZ.
Obstétrique.....	VAUDESCAL.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique médicale	ALAJOUANINE.
	AUBERTIN.
	BRULE.
	CHABROL.
	DONZELOT.
	DUVOIR.
	LIAN.
Clinique chirurgicale	VALLERY-RADOT.
	(Pasteur)
	SEZARY.
	BASSET.
	BROCQ.
	CADENAT.
	GATELLIER.
Clinique obstétricale	MOURE.
	QUENU.
	VELTER.
	ÉCALLE.
	METZGER.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Education physique	CHAILLEY-BERT, agrégé.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.
Stomatologie	RUPPE.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui leur seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Contribution à l'étude de la Socio-Pathologie

Des Affections mentales
en rapport avec les difficultés de la vie



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Année 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT DE MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1939

PAR

Alain PATEL

Né le 25 Janvier 1914, à St-Mihiel (Meuse)

Contribution à l'étude de la Socio-Pathologie

Des Affections mentales

en rapport avec les difficultés de la vie

Président : Monsieur LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

LA FLÈCHE

IMPRIMERIE F. BESNIER

Rue de l'Hôtel-de-Ville

1939



A MES PARENTS.

En gage de profonde affection et de
reconnaissance pour ce qu'ils ont fait
pour moi.

A MA FEMME.

la compagne de ma vie et de mon
travail.

A Monsieur le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE,
Professeur de Clinique des Maladies Mentales
et des Maladies de l'Encéphale.

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

A mon Maître le Docteur J. VIÉ,
Médecin Chef des Hôpitaux Psychiâtriques de la Seine.

Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et nous a guidé avec une constante
bienveillance. En hommage de notre
reconnaissance et de notre respectueux
attachement.

A TOUS MES MAITRES
des Hôpitaux et des Hôpitaux Psychiâtriques.

A TOUS MES CAMARADES D'INTERNAT
des Hôpitaux Psychiâtriques de la Seine.

INTRODUCTION

Le nombre des aliénés, depuis la fin de la guerre, augmente à Paris et dans la région parisienne d'une façon inquiétante. Malheureusement cette augmentation ne s'est pas limitée au département de la Seine et le phénomène identique s'est produit en province. Tel hôpital psychiatrique dont la population était de 500 à 600 malades a vu croître ses effectifs du simple au double et souvent plus. Dans presque tous les départements on a dû construire de nouveaux pavillons que la technique moderne a rendu plus confortables, plus sains et plus agréables à l'œil que jadis. On a même été obligé de créer de nouveaux établissements. Carel a pu dire dans son livre « L'homme, cet inconnu » : « Il est remarquable que les maladies mentales à elles seules « sont plus nombreuses que toutes les autres maladies réunies. Dans l'ensemble aux Etats-Unis il y a huit fois plus « de gens enfermés pour faiblesse d'esprit ou pour folie que « de tuberculeux soignés dans les hôpitaux. La fréquence « des maladies mentales indique un défaut grave de notre civilisation. »

Donc le cas de la France n'est qu'un cas particulier

d'un phénomène qui s'étend au monde. En 1914 le département de la Seine entretenait 15.415 malades internés. En 1920 ce chiffre n'était plus que de 12.958 ; cette statistique pourrait nous égarer si on ne voyait que les chiffres bruts. Cette diminution s'explique en effet par l'épidémie de grippe de 1918 qui tua 2.500 malades. Mais dès l'année 1930 le chiffre de 15.000 était dépassé. A l'heure actuelle c'est le chiffre de 20.000 qui est dépassé, encore ne s'agit-il que des aliénés non internés dans les hôpitaux psychiatriques. On considère très souvent comme un dogme intangible d'envisager l'augmentation incessante des aliénés en fonction de l'hérédité et des tares mentales, mais il nous a paru que la question pouvait être examinée sous un nouvel aspect, bien plus sociologique que biologique. Evidemment certaines causes un peu trop souvent invoquées : l'alcoolisme et la syphilis, sont bien connues, et encore est-il bon de signaler que ce ne sont pas tant les sujets contaminés directement mais plutôt leur descendance qui est fragilisée et sensibilisée aux divers processus pathogènes. Mais il nous est apparu que des causes bien plus importantes, bien plus fréquentes pouvaient être invoquées : ce sont des causes sociales engendrées par la vie moderne de plus en plus rapide, surchauffée, turbulente dont l'action se fait sentir sur tous les tempéraments des plus forts aux plus faibles. En quelques années nos conditions de vie ont été bouleversées complètement, principalement dans les grandes villes. La science dans sa progressive conquête du monde a pris de nos jours une allure vertigineuse ; l'individu

apparemment semble s'habituer à toutes ces confortables nouveautés techniques qui n'ont pas l'air d'avoir sur lui une bien grande influence et pourtant il n'en est rien. Une observation plus serrée des faits montre que bien des découvertes qui semblent au premier abord n'avoir d'autre but que rendre la vie agréable, amènent plus ou moins vite de sensibles réactions biologiques plus ou moins heureuses. L'automobile, la T. S. F., le chauffage central, l'extension des appareils électriques, de la chimie alimentaire, la diminution du sommeil, les déplacements incessants, l'accroissement du rendement du travail ; tous ces facteurs agissent certainement sur notre économie et ainsi que le disait M. Répond dans un article paru dans le numéro de juin 1936 des *Annales Médicopsychologiques* : « L'hygiène mentale ne saurait se désintéresser des découvertes scientifiques ou des progrès techniques susceptible de provoquer ou non des symptômes individuels et collectifs d'inadaptation psychologique ». Il est naturel que des modifications nécessitant une adaptation immédiate à une réalité sans cesse changeante ne se réalise pas sans trouble ; certains auteurs ont considéré les fluctuations politique et les remous sociaux actuels comme une réaction aux progrès de la technique, du machinisme et de l'industrialisation. Il est tout aussi naturel de penser que ce qui agit sur la grande collectivité agit également sur l'individu et qu'à des troubles sociaux de la collectivité correspondront des troubles mentaux de l'individu. L'importance du facteur social dans l'éclosion des psychoses a frappé des auteurs étrangers, les Hollan-

dais Postma, Querido et Bongér ainsi que de nombreux auteurs américains pour ne citer que ceux-là. En France, le Professeur Laignel-Lavastine, Lévy Valensi, Lagache, Vié insistèrent sur le facteur social des psychoses. D'autre part si on considère les statistiques détaillées des malades internés dans les hôpitaux psychiatriques de la Seine on remarque qu'il y a toujours un apport régulier de malades porteurs de grosses tares héréditaires et de stigmates dégénératifs, mais il y a toute une catégorie de malades dont le nombre a grossi considérablement durant ces dernières années ; ce sont ces malades qui sont responsables de l'augmentation du nombre des aliénés : débiles, idiots, petits délirants, près-séniles, épileptiques et toute une catégorie de malades vraiment peu tarés sur qui pourtant s'est abaissée la barrière de l'internement. Pourquoi ces individus ont-ils été internés alors que leurs semblables d'il y a vingt ou trente ans ne l'étaient pas et menaient dans la société une vie normale sinon brillante ? Parce que la vie moderne telle que nous l'avons ébauchée quelques lignes plus haut les élimine, les chasse, ces faibles ou demi-faibles et mal adaptés, pour ne garder que les plus forts. Chaque jour la sanction sociale de l'internement atteint des sujets que les conditions de la vie moderne, avec tout son nouvel appareil d'automatismes sans cesse à modifier, de mécanisation complexe, de consignes intransigeantes, ont rendus incapables à conserver leur rang et leur situation. Le taux de morbidité compatible avec la vie moderne devient de plus en plus faible. Les partisans des théories purement biologiques di-

ront sans doute que si faible soit ce taux de morbidité il n'en existe pas moins, cela est vrai mais il demeure que le facteur social a bien plus d'importance car c'est lui qui détermine l'internement.

On peut ainsi concevoir avec notre Maître le Docteur Vié « un seuil de résistance psychique », une sorte de marge de souplesse permettant une adaptation aux continuels changements de la vie moderne. Plus la marge est étroite, plus l'adaptation est difficile ; passé son seuil de résistance psychique, l'individu ne peut plus se maintenir dans la société et doit subir « une involution sociale » et chercher abri dans les formes de vie réduite qu'offrent les établissements psychiâtriques, les seuls à l'heure actuelle capables de pouvoir remplir cette mission. Nous avons fondé cet ensemble de notions sur une série de faits cliniques que nous avons pu observer durant notre séjour dans les hôpitaux psychiâtriques de la Seine et de province. Leur groupement et leur recoupement nous a incité à tenter une hiérarchisation, une échelle de valeurs dans le sens de l'adaptation des seuils les plus bas à des sociétés primitives jusqu'aux seuils d'adaptation les plus élevés à des sociétés de structure complexe en considérant pour chaque niveau la désadaptation par résistance psychique insuffisante.

Ainsi, partant des sociétés les plus simples pour aboutir aux plus complexes, nous envisagerons successivement les sociétés primitives, les sociétés rurales simples en même temps que la très intéressante question des colonies familiales, puis la société urbaine sous ses divers aspects mo-

dernes industriels ; la vie moderne avec ses préoccupations et son rythme comme facteur de psychose. Enfin, nous terminerons par un essai de thérapeutique et de prophylaxie.

CHAPITRE PREMIER

1° Les Sociétés primitives

Sur ce sujet évidemment nos connaissances des troubles mentaux en fonction de la vie sociale sont très limitées étant donné le petit nombre d'informations possible. Ces sociétés dont l'évolution progressive, la civilisation disent certains, avec un orgueil peu compréhensible, nous a menés au stade évolutif où nous nous trouvons actuellement, ont encore des répliques dans les sociétés simples plus ou moins bien connues de nos colonies de l'Afrique Equatoriale et dans les tribus de l'Asie Centrale. Dans la société primitive l'aliéné garde sa place, il n'est pas exclu du clan ou de la tribu car l'adaptation nécessaire à son maintien est très facile, on pourrait dire qu'elle est purement somatique et matérielle : chaque élément du clan forme à lui seul ou avec son conjoint et sa descendance, un tout qui se nourrit, s'habille, se protège sans l'aide des autres : la société primitive n'a pas de lois complexes, pas d'armature, pas de besoins, elle ne possède que quelques traditions qui ne demandent pas un effort d'adaptation de la part du sujet par hypothèse. La texture sociale est lâche et le comportement un peu anormal de l'individu n'amène un désordre que s'il se manifeste

par des réactions motrices violentes, dangereuses. De plus il n'y a guère de contrainte sociale et l'individualité ne se heurtera pas à la conscience sociale. A ce niveau évolutif la société n'est encore que la somme arithmétique des individus, elle n'a pas comme à notre époque une individualité, une conscience se traduisant par exemple pour nous dans la notion de patrie. La seule façon d'être anti-social pour un primitif c'est de tuer ; or la majeure partie des troubles mentaux n'entraîne heureusement pas l'homicide. La société ne peut guère être anti-individuelle car elle ne demande rien à l'individu ; d'ailleurs le primitif, quoiqu'il ait les mêmes moyens de perception que nous, se fait une idée différente de la nôtre du monde extérieur, le sens spécial qu'il donne aux choses il a été forcé de le prendre en lui-même, dans son affectivité, guidé par les traditions commengantes du clan. L'univers est un ensemble de puissances mystiques, mystérieuses et la notion d'individualité, la notion de séparation du moi et de ce qui n'est pas le moi n'est pas encore apparue ; dans ces conditions, les troubles mentaux ne peuvent guère être causés par le milieu social.

On peut dire pour résumer que la société primitive méconnaît le sens de l'aliénation mentale et que l'aliéné continue à tenir son rang.

2° Les Sociétés rurales

L'expression en elle-même est assez imprécise, car il y a une différence considérable entre la société rurale d'un

des charmants petits villages du val de Loir, où il paraît faire si bon vivre, et la société rurale d'une oasis saharienne, ou la communauté de pêcheurs du Groënland, aussi n'envisagerons-nous que la seule catégorie directement intéressante : la société rurale française, pratiquement semblable à celle des grands pays européens, la Russie mise à part sans doute.

La contexture sociale d'un petit village est déjà complexe, la spécialisation des individus y commence, il y a une majorité d'agriculteurs, mais il y a aussi quelques sujets spécialisés, quelques fonctionnaires importés, mais néanmoins tant que le village n'est pas devenu une petite ville, tant que des moyens de locomotion publics et rapides ne l'ont pas offert aux invasions hebdomadaires des éléments urbains, la vie y demeure assez patriarcale. Il y a peu de temps encore chaque ferme bretonne avait son four pour cuire le pain, son métier pour tisser des étoffes solides et grossières, chaque ferme formait un petit monde sans grande communication avec les autres ; la vitesse n'existait pas ; l'heure se lisait au soleil ; l'homme vivait au rythme de la nature qui est un rythme lent, sans variations brusques ; les actes quotidiens ne comportaient pas un élément de nouveauté déconcertante ; la culture de la terre mettait en œuvre des automatismes héréditairement transmis, les perversions modernes de plaisirs fatigants : le cinéma, le théâtre n'existaient pas, l'alcool était beaucoup moins consommé et en tout cas plus sain. L'absence de confort permettait à l'organisme de mettre en œuvre ses processus de

défense, comme l'a fait remarquer Carrel dans son beau livre, sans qu'ils aient eu le temps de s'atrophier par hypofonctionnement ainsi qu'il en est maintenant pour nous. L'imprévu n'existait pas, chaque heure avait son programme immuablement fixé depuis des années. Un romancier : Maurice Bedel, a su décrire d'une façon agréable et juste l'atmosphère de ces sociétés rurales où nous voulons situer quelques aliénés afin d'examiner leur comportement. Dans un tel milieu, la plupart du temps l'aliéné conserve sa place tant qu'il ne manifeste pas de réactions motrices dangereuses pour son entourage ou pour lui-même. Nous avons tous eu l'occasion lors d'un voyage ou pendant des vacances de séjourner dans un village où nous avons pu voir un idiot, un imbécile ou un débile profond que sa communauté n'avait pas éliminé, il vivait de la charité publique, ayant besoin de peu, rendant quelques services, n'étant pas ainsi complètement inutile, tous les dangers de la grande ville n'existaient pas pour lui et il pouvait continuer à jouir d'une liberté totale. A côté de ces individus nettement tarés, on peut voir encore des sujets présentant des troubles mentaux plus discrets, ayant cependant une situation assise, vivant de la même vie que les sujets normaux, fait qui deviendrait rapidement impossible dans la cité moderne et industrielle.

En 1896, Biaschkoff de Smolensk trouvait sur 601.645 habitants 1.443 aliénés dont 1.223 vivaient dans leur famille. La vie dans ces sociétés est en effet possible pour ceux dont la capacité d'adaptation sans être nulle est pourtant limitée :

aller d'un point à un autre à la campagne nécessite beaucoup moins d'application intellectuelle qu'à Paris où il faut utiliser des moyens de transport rapides aux multiples consignes. Ce qui prouve d'ailleurs combien le mode de vie des habitants des cités rurales est compatible avec une fragilité mentale, c'est la réussite, le grand intérêt que présentent les colonies familiales où on a utilisé tous ces éléments que nous avons rapidement décrits plus haut pour replacer dans un milieu social familial, en plus des débiles profonds, les affaiblis psychiques moyens, les petits déséquilibrés, les petits délirants peu fondés, les périodiques aux crises éloignées et peu intenses, les hallucinés peu convaincus. Cette institution qui ne connaît pas encore l'extension qu'elle mérite est particulièrement intéressante et nous retiendra un certain temps. Combien nombreux sont les malades d'asile que nous voudrions voir placés dans des colonies familiales du type de Dun-sur-Auron, Ainay-le-Château en France, Gheel, Lierneux en Belgique, à l'étude desquelles notre Maître le Docteur Vié s'est attaché, étant lui-même à l'époque médecin directeur d'une de ces colonies familiales.

Quels sont les malades pouvant être placés dans de telles conditions ? Quel est leur genre de vie ? Quels sont les aspects sociaux de placements familiaux ? Autant de questions qui viennent naturellement à l'esprit et que nous essaierons de résoudre aidé par les travaux de M. Vié.

Les malades sont placés dans des familles et surveillés par le médecin de la colonie, mais encore faut-il que les indications médicales de ces placements soient bien posées.

Aug. Marie et Vigouroux (Revue de Psychiâtrie de 1896, Congrès d'Angers 1898), M. Truelle, M. Rodier (A. M. P. 1913), MM. Lwoff et Ternel, M. Chanes et M. Vié (Revue d'Hygiène, avril 1933) et dernièrement M. Bobe dans sa thèse inaugurale de 193 ont traité la question. Les indications sont variables pour les sexes car les réactions aux idées délirantes ne sont pas les mêmes dans les deux sexes. Nous prendrons l'exemple de la colonie familiale d'Ainay-le-Château qui fonctionne depuis 1900 et est consacrée aux hommes. 1.269 malades y ont été traités jusqu'en 1932 dont 128 ont été remis en liberté complète, 51 ont été transférés pour des raisons administratives, 98 se sont évadés, 667 ont dû être réintégrés dans un asile fermé, 559 sont décédés après un séjour qui atteint 30 ans pour quelques-uns ; en décembre 1932, 466 étaient présents. Il y a toujours eu une bonne majorité d'imbéciles et de débiles profonds (284 sur 523 en 1932).

Certains éléments contre indiquent nettement le placement des malades dans des colonies familiales : ce sont les signes de démence profonde de toute nature : le gâtisme total, l'incontinence d'urine, la turbulence nocturne, l'excitation, la malpropreté, la lacération du linge, la violence, les fugues et les désorientations, il faut citer aussi les tentatives d'évasions. Or à l'asile il est difficile d'être bien renseigné sur la tendance aux fugues et aux évasions, c'est pourquoi il est préférable de n'envoyer dans les colonies que les malades qui ne s'y opposent pas d'une façon nette : certains manifestent une incompréhensible horreur de la

campagne, d'autres se sentent mieux protégés dans le cadre des asiles, d'autres encore ont, et ce n'est pas niable, la phobie de la liberté ; le consentement au moins passif est donc une condition nécessaire. Les manifestations érotiques sont plus rares qu'on pourrait le penser, il y a peu d'aventures amoureuses anormales, le plus gros inconvénient est l'alcool : de nombreux pensionnaires commettent des excès de boisson et il serait à désirer que les débits soient contrôlés, fermés le plus souvent. On peut accepter des sujets dont l'individualité physique n'est pas absolument intacte, tels que des aveugles, des sourds-muets, des paraplégiques, des hémiplegiques pourvu qu'ils soient propres et qu'ils puissent veiller à l'accomplissement normal de leurs besoins naturels. Il est préférable de ne pas placer des sujets dont l'état physique fait prévoir une issue fatale rapide (cardiopathes, diabétiques avancés, cancéreux, etc.).

Dans l'étude nosologique des indications, nous grouperons d'abord les états d'arriération mentale : en général les imbéciles et les débiles profonds sont de très bons malades de colonies, les idiots sont peu colonisables étant très souvent gâteux, violents, grabataires ; ils sont incapables d'un travail utile. Les débiles simples n'étaient pas en général internés du fait de leur débilité mentale. Parmi eux on peut distinguer trois groupes indésirables : les vagabonds, les joueurs, les mythomanes. Les débiles vagabonds ne peuvent être conservés trop longtemps dans une colonie, les uns ayant une hérédité nomade ne peuvent résister à l'appel de la route, d'autres ont eu une longue histoire de vaga-

bondage entrecoupée de séjours en prison. Les débiles mythomanes sont indisciplinés, vaniteux, exigeants, commettent des vols et des actes érotiques ; quant aux joueurs ils ont souvent donné satisfaction, mais dès qu'ils se retrouvent en demi-liberté ils profitent de l'argent gagné pour boire et s'évader, ils montent des entreprises malfaisantes dans lesquelles ils enrôlent les débiles. En général on ne peut guère juger si tel ou tel débile ou imbécile fera un bon malade de colonie avant qu'il n'ait atteint 25 ans car très souvent il s'améliore vers cet âge ; si l'amélioration n'est pas survenue à cet âge il y a peu à compter sur une amélioration postérieure. Pour les épileptiques la question a évolué d'une façon sensible depuis que l'usage du gardénal a permis d'espacer de plus en plus les crises comitiales ; cependant le niveau mental trop bas de certains épileptiques, la démence épileptique exclut les sujets de la vie coloniale, leur caractère difficile rend les rapports avec les nourriciers très délicats.

Les déments séniles sont moins nombreux qu'on serait tenté de le croire à cause de leur malpropreté et de leur turbulence, parfois de l'érotisme chez les hommes.

Les affaiblis organiques : hémiplésiques, artérioscléreux se comportent d'une façon satisfaisante s'ils ne sont pas devenus des déments profonds et s'ils ne sont pas des alcooliques ; les artérioscléreux s'accommodent particulièrement bien de ce mode de vie étant donné la vie calme qu'ils y mènent et l'alimentation végétarienne.

Les paralytiques généraux ne sont pas de bons malades

pour les colonies. Les tabétiques sont rares ; par contre les syphilis cérébrales avec affaiblissement léger et localisation motrice donnent de bons résultats.

Les déments précoces ne fournissent qu'un très faible contingent ; on ne peut les faire travailler. Seuls deux groupes de déments précoces peuvent réussir en colonie : les convalescents de poussées schizophréniques de début, souvent troublés par un nouvel accès, et les vieux déments précoces avec affaiblissement global simple qui passent leur temps à la salle de réunion de la colonie.

Le choix des délirants est plus complexe surtout pour les hommes, le délire entraîne en effet chez ceux-ci des réactions plus violentes ; il faut écarter d'une façon certaine les dégénérés raisonnants, les persécutés persécuteurs, ainsi le recommande M. Truelle. Si on ne peut pas accepter les vrais paranoïaques, on peut cependant admettre des petits interprétants de la cinquantaine qui ont besoin d'un milieu calme pour recouvrer leur équilibre psychique. On ne peut pas non plus admettre les délirants hallucinés chroniques dans la phase active de leur délire, le cas de séquelles de délire hallucinatoire est plus complexe étant donné plus varié. On peut admettre ceux qui ont encore une attention suffisante pour se recréer une vie dans l'ambiance où ils se trouvent placés, même s'ils n'y participent pas entièrement, si ils ont conservé une « adhésivité mentale » ainsi que dit M. Vié d'une façon imagée et expressive. La nature des hallucinations intervient elle aussi : les hallucinations cénesthétiques sont peu compatibles avec le placement fa-

miliaire de même que les hallucinations olfactives et gustatives car les malades en reportent l'origine aux aliments distribués par les nourriciers ; le contenu des idées délirantes prend ainsi de l'importance ; par exemple des idées délirantes d'empoisonnement poussent le sujet à s'évader ; certains délires exigent des déplacements comme cet inventeur qui voulait partir au Brésil.

Les alcooliques fournissent une série de très bons sujets et une série de malades détestables. Les convalescents d'alcoolisme aigu ou subaigu, désintoxiqués après un séjour à l'asile, sont d'assez bons sujets mais il faut souvent les éliminer pour des facteurs sociaux, les très vieux alcooliques forment un bon contingent, ils sont surtout des affaiblis artérioscléreux et leurs excès vont en s'éloignant de plus en plus. Les buveurs d'habitude précocement placés sont intolérables, quoique bons travailleurs parfois. Les toxicomanes sont pratiquement inexistantes dans les colonies familiales.

Les psychoses périodiques, selon leur allure clinique, font de bons ou de mauvais malades de colonie : les colonies sont de bons refuges pour ceux qui font des accès très éloignés dont les familles ne peuvent assurer la garde ; mais les dysthymiques habituels, les intermittents à phases rapprochées, les circulaires n'y sont pas à leur place. Il faut encore rejeter systématiquement les sujets dont les tentatives de suicide sont récentes (moins de 2 à 3 ans) et motivées par un état persistant ou reparaissant dans l'ivresse. Quant aux psychonévroses, mythomanes, hystériques,

ils ne s'accoutument pas au milieu simple et fruste des colonies car ils y demeurent incompris.

Pour terminer cette revue nosologique, nous dirons un mot des malades ayant des antécédents médicolégaux : jadis on ne les avait pas exclus à priori ; il paraît cependant souhaitable de ne pas les admettre lorsque l'acte destructeur ou violent a été commis lors d'un état qui persiste, si l'acte a été purement épisodique leur admission peut être discutée.

Il ressort de cet ensemble de considérations que le domaine électif des placements familiaux est celui de l'insuffisance cérébrale de moyenne intensité ; or ce sont justement ces sujets qui rentrent dans la série de jour en jour plus nombreux de ceux que la vie moderne élimine parce qu'ils étaient incapables de fournir le gros effort d'adaptation incessante qu'elle exige. Il importe donc de les bien connaître afin de leur permettre de profiter le plus possible de l'agréable refuge que leur offre le placement familial. En général on essaie de rendre leur vie laborieuse le plus possible, mais cela n'est pas toujours très aisé. On remet ces malades mentaux en contact avec la vie sociale, ils évoluent dans une population normale, la contrainte qui leur est imposée est réduite au minimum, mais la surveillance dont ils sont l'objet est attentive quoique discrète : elle permet de voir que la réadaptation satisfaisante à la vie réelle atteint environ 10 % des sujets ; le milieu social où va se développer cette réadaptation n'est pas indifférent, nous le verrons plus loin. Les pensionnaires des colonies

familiales ne sont pas astreints à un travail, le nourricier chez qui ils sont placés reçoit un prix de journée pour le faire vivre, le malade choisit lui-même son travail et fixe avec son employeur le taux de sa rémunération, bien entendu il existe un contrôle afin d'éviter des abus de la part des employeurs.

L'immense majorité des malades valides s'occupe, les uns d'une façon discontinue : ce sont alors plutôt des services qu'ils rendent, d'autres ont une activité improductive et personnelle. Pratiquement on peut distinguer trois sortes de malades :

— Ceux qui travaillent : c'est-à-dire qui dépensent leur activité afin d'en tirer une rémunération :

— Ceux qui ne font rien ou qui se livrent à des distractions ;

— Ceux qui se livrent à des occupations autonomes et improductives.

1° *Les travailleurs* sont encore 380 sur 500 à Ainay-le-Château en 1934, qu'on peut répartir suivant leurs capacités inégales en trois compartiments : les bons travailleurs (15 à 20), les manœuvres (80), et la masse du reste forme les « bricoleurs » qui se livrent à de petits travaux.

Les bons travailleurs sont rares, ils ont une initiative suffisante pour être livrés à eux-mêmes dans leur travail, ce sont en général des chroniques ou des convalescents. Voici quelques exemples de ces derniers : Jean Pr..., plâtrier

peintre, qui guérit un accès confusionnel en même temps qu'il repeint des maisons et des voitures ; après avoir économisé quelque argent, il part en congé d'essai, puis est remis en liberté et trouve un emploi dans le Midi.

F..., jeune tailleur pour dames, E..., casquettier, M..., poseur d'appareils de T. S. F., sont remis en liberté et trouvent du travail : tous ces gens ont repris leur activité et l'ont éprouvée avant d'être remis en liberté. En face d'eux nous trouvons des sujets bons travailleurs quoique porteurs de séquelles d'affections graves les empêchant d'être remis en liberté : un vieil alcoolique a tenu l'emploi de serrurier pendant 32 ans ; un débile portait et cousait des sacs dans un moulin ; un ancien colonial, G. de C..., est l'homme de confiance de sa nourricière et cache avec soin les restes d'un épisode hallucinatoire. Un autre ancien délirant de 55 ans, Martial G..., cache également les restes d'une vieille psychose, il s'est fait une vie spéciale au hameau de Bruyère d'Isles, il a adopté la tenue des paysans du pays et travaille avec eux sur un pied d'égalité, tout le monde le connaît sous le nom de M. Léonard qu'il s'est donné et sous lequel il se fait adresser les objets dont il a besoin, même un petit fût de vin blanc qu'il s'est fait envoyer du Midi parce qu'il le préfère au vin du pays et dont il use sans excès ; lorsqu'on lui parle de son passé il évoque le temps lointain où il avait le grade de sergent-major au Tonkin. Un grand délirant mystique qui avait été présenté par Vallon et A. Marie au Congrès de Nancy de 1896 et toujours très halluciné a repris pendant la guerre

les fonctions d'employé d'économat, un autre pendant la guerre également remplaça le boulanger le Valigny.

Les manœuvres et journaliers ont une initiative plus limitée que les précédents, ce sont des débiles dont 6 épileptiques, des débiles profonds, quelques imbéciles, des artérioscléreux, des alcooliques chroniques, même un paralytique général impolude. A Ainay et à Saint-Bonnet ils font le ménage, les courses, la vaisselle. Prenons par exemple la journée d'un de ces sujets, Louis V... : à six heures le matin il part de chez sa nourricière, fermière proche d'Ainay, il entretient le chauffage central d'un médecin du pays, puis va chercher le lait de sa nourricière pour le distribuer aux habitants, il fait les courses, porte le courrier, nettoie la voiture, accompagne les enfants à l'école, soigne les lapins et la volaille, il aide au jardin, il fait ensuite quelques petites réparations de cordonnerie et à quatre heures va faire les courses d'un quincaillier. Un débile, un sénile de 82 ans font des travaux de cordonnerie à la colonie ; un artérioscléreux spécifique livre les paquets du messenger, les médicaments du pharmacien dont un vieil alcoolique lave les bouteilles, dont un ancien persécuté tient les comptes. Un tabétique laveur de vitrine était employé par tous les commerçants de la grande rue. Un débile migraineux d'un niveau mental pourtant très bas, boitant légèrement et bégayant, avait contracté pendant la guerre des habitudes qu'il fut impossible de lui faire abandonner ensuite, il parcourt tous les cantons voisins jusqu'à Saint-Amant, Vallon-en-Sully, Bourbon-l'Archambault, cirant les

parquets, lavant la vaisselle, sonnant les cloches pour les cérémonies ; dans un rayon de 40 kilomètres tout le monde le connaissait et l'appelait « Gégène » ; on le retenait à l'avance en s'inscrivant sur un petit carnet qu'il se faisait lire chaque matin car il ne savait pas lire, il ne rentrait à Ainay qu'une fois par semaine pour changer de linge.

Les sujets les moins élevés doivent la qualité de leur travail à leur application et leur patience ; par contre les malades d'un niveau supérieur sont fréquemment instables. Voici un exemple : un débile léger, Robert Ch..., interné depuis 1915 ; il ne songe qu'à sa sortie, il n'est pas mauvais ouvrier mais change souvent de patron. En 1933 on a tenté une expérience, il est confié au fils d'un propriétaire d'Ainay qui gère des domaines dans la Nièvre. Moins d'une semaine après son départ il revient l'oreille basse, le travail était trop dur, il fallait se lever tôt et on ne pouvait pas aller à Nevers aussi souvent qu'il l'avait escompté.

La dernière catégorie parmi les travailleurs comprend ceux qui bricolent, ils accomplissent des actes élémentaires toujours identiques, presque des stéréotypies, mais ces services minimes qu'ils rendent sont très appréciés chez des ruraux qui n'ont pas l'eau chez eux, qui se chauffent au bois et qui habitent loin des fournisseurs : six débiles lavent la vaisselle dans les hôtels, un autre tient le pied des chevaux chez le maréchal-ferrand, un débile myxœdémateux achète les journaux pour le hameau de Bruyère-d'Isles. Les résultats ne sont pas toujours très brillants, il arrive parfois que le malade fasse des bévues, tel ce débile qui en

nettoyant une cabane à lapins jette en même temps que la paille usée toute une portée de petits dont on avait omis de lui signaler l'existence.

2° *Les oisifs*. Il y en a relativement peu : 1/5 environ à Ainay-le-Château. Ce sont des vieillards de 80 ans, des infirmes ; ces déshérités réalisent souvent des symbioses touchantes : un aveugle accordéoniste est amené tous les jours à la colonie par un imbécile hémiplegique, réalisant ainsi la fable de l'aveugle et du paralytique. Certains délirants sont isolés de l'univers réel pour ne s'occuper que de leur délire, un paralytique général héberge dans son ventre des nains qu'il passe son temps à surveiller. Il faut encore citer les « rentiers », pensionnés de guerre, anciens délirants chroniques plus ou moins affables. Il y a vraiment peu de paresseux réels, en général ce sont de mauvais sujets, plus ou moins pervers.

3° *Occupations autonomes*. Un petit nombre de sujets recréent des occupations en rapport avec leurs occupations précédant l'internement. A Ainay s'est groupé un ensemble de musiciens réunis par un déséquilibré hypocondriaque. Ce groupe a connu le succès, donnait de beaux concerts à Ainay, à Dun et à Chezal-Benoît. Un ancien chef d'orchestre de théâtre parisien s'est fait une notoriété à Ainay, autant par ses qualités musicales que par son activité malgré ses 74 ans ; l'argent qu'il gagnait par ses leçons particulières il le distribuait en majeure partie, il est devenu un élément indispensable à la vie du pays. D'autres malades peignent, dessinent et vendent leurs œuvres.

Ce qu'il y a d'intéressant dans cet ensemble de faits, c'est que pour la majorité les pensionnaires de la colonie familiale d'Ainay-le-Château, que nous avons pris pour exemple, ont pu se recréer une plage agréable pour eux, utile pour la collectivité dans ce milieu favorable, alors que précédemment dans les milieux sociaux où ils s'étaient trouvés ils avaient été des vaincus et des désadaptés ou inaptes. Certains même ont connu une belle réussite, tel que ce chef d'orchestre auquel nous faisons allusion quelques lignes plus haut.

Les diverses occupations auxquelles ces malades pouvaient se livrer se rapprochaient des besognes simples des habitants du pays, si l'on excepte ceux qui consacraient leur temps à une activité artistique. Toute leur activité était essentiellement conçue sur le plan de l'activité rurale telle que nous l'avons ébauchée : vie calme, simple, sans imprévu. L'aspect social de la colonie a n effet une grande importance. On a objecté autrefois qu'il était étrange de placer les malades dans des familles étrangères alors qu'on pouvait plus simplement les replacer dans un milieu homofamilial. Pourquoi ce placement hétérofamilial ? Nous y voyons trois raisons : la situation de famille de chaque malade ; les difficultés de la vie urbaine ; et enfin le séjour dans le milieu familial est loin d'être recommandable aux psychopathes.

A Ainay-le-Château, sur 495 hommes placés en décembre 1934, on note 411 célibataires, 56 mariés, 19 veufs, 5 divorcés. La prédominance des célibataires tient évidemment

à l'importance du nombre des arriérés dont 170 furent internés dès l'enfance avec ou sans tentative de sortie. 247, soit 60 %, d'entre eux sont des isolés complets, sans famille ou abandonnés par elle ; 17 veufs, 7 divorcés le sont également. D'ailleurs les hommes mariés ne sont pas plus avantageés ; la plupart n'ont pas de relations avec leurs femmes dont ils vivaient séparés ou qui les ont abandonnés depuis le placement, une dizaine ont quelques relations avec leurs frères et leurs sœurs. Au total 61 % des aliénés d'Ainay sont des isolés complets ; il est vrai que cette situation est plus marquée que dans certaines autres colonies, comme celle de Gheel en Belgique où se trouvent placées 1.250 hommes se comptant ainsi : 663 célibataires, 286 mariées, 244 veuves, 63 divorcées. Les femmes sont plus expansives, elles écrivent davantage et conservent mieux des relations avec l'extérieur, mais n'en est-il pas ainsi chez les gens normaux ?

De toute façon il est permis de dire que l'isolement social — et nous en reparlerons — est certainement une indication de placement. Quand bien même les malades auraient des familles désireuses de les reprendre, ne le pourraient-elles pas ?

Les familles des malades de Dun-sur-Auron et d'Ainay sont obligatoirement domiciliées à Paris ou dans le département de la Seine. Or la vie des grandes villes, de Paris par excellence, ne permet pas de garder chez soi des malades mentaux, même tranquilles. La situation est toute différente de celles des sociétés rurales que nous avons vues plus haut : tous les membres de la famille travaillent au

dehors, souvent très loin du logement, exigü la plupart du temps. Le perfectionnement technique moderne : gaz, eau, ascenseur, la gêne causée aux voisins ou à l'irascible concierge, l'encombrement des rues, la multiplicité des consignes, les tentations multiples (débits, étalages) mettent fortement en évidence les tares cérébrales et rendent impossible la conservation à domicile des sujets les moins aptes.

Le milieu familial de l'aliéné n'est pas toujours bon, milieu déséquilibré, incompréhensif qui alimente le délire, crée de nouveaux motifs d'affliction, ou cède à tous les caprices d'un malade, enfin tout le contraire de l'atmosphère nécessaire au malade. La famille peut être perverse, immorale et c'est alors un grand danger pour le malade.

Mais s'il est des conditions sociales qui dictent le placement du malade, il en est aussi qui dictent le choix de la colonie et de ses habitants normaux. En Belgique une très ancienne colonie, celle de Gheel, qui a derrière elle tout un passé de traditions et d'histoire, a servi d'exemple pour l'institution de colonies dans d'autres pays comme le nôtre par exemple. Les régions agricoles sont de beaucoup préférables, l'éloignement des centres industriels, des grandes voies de communications, l'existence de grands espaces libres sont des conditions aussi nécessaires.

La population de ces régions doit être peu évoluée, doit reproduire le type des sociétés rurales simples, peu dense ; il faut qu'elle puisse offrir à l'aliéné un milieu psychologique simple, elle doit le comprendre et se montrer hospi-

talière, tolérante et aussi, c'est important, sobre. L'alimentation de la campagne, plus riche en hydrate de carbone qu'en albumine, est meilleure que celle des villes pour les nerveux ou aliénés, ainsi que l'a mis en lumière M. Sano.

Toutes ces conditions ont été réalisées à Gheel en Gampine, Lierneux en Wallonie ; Dun et Ainay en France aux limites du Berry et du Bourbonnais : les bois y sont nombreux, le climat salubre, la population est composée d'ouvrier agricoles, de bûcherons et de petits fermiers aux mœurs simples et saines.

A côté du choix du pays, le choix du nourricier, c'est-à-dire du milieu où va être appelé à vivre l'aliéné, est encore plus important. Les veuves sont très nombreuses, 75 sur 282 nourriciers à Ainay en 1935, 116 sur 302 à Dun ville. Cela s'explique par la limitation des ressources et le besoin de remédier à l'isolement. Les charges des nombreuses familles amènent très souvent l'habitant à demander à être nourricier, le malade n'est qu'un enfant de plus qui ne coûte guère et qui travaillera peut-être ; 22 nourriciers ont une nombreuse famille sur 282 à Ainay, 243 sur 302 à Dun ville ; il en est de même en Belgique. Tous les nourriciers appartiennent à la classe populaire ; à Gheel la population semble plus aisée, commerçants et bourgeois reçoivent des malades payants.

Le niveau intellectuel des nourriciers à Dun, Ainay, Lierneux est assez médiocre, quelques illettrés et pas un qui ne dépasse le niveau de l'instruction primaire. Il serait

à souhaiter que certains nourriciers aient un niveau plus élevé pour recevoir quelques malades introspecteurs qui souffrent de ne pas être compris.

La valeur morale du placement conditionne l'existence du placement tant est grande son importance : les habitants cherchent en général leur profit en prenant des pensionnaires, mais ils s'attachent à eux assez rapidement et les incorporent vite à leur collectivité quand les malades s'y prêtent. La colonie de Gheel bénéficie du temps puisqu'elle existe depuis 12 siècles ; Dun, Ainay, Lierneux ne dépassent pas 50 ans, mais comme dit Sano : « une tradition de bonté est en train d'y naître, il lui faut bien des années pour s'épanouir ». D'ailleurs les rapports du malade et de sa garde sont fonction de la capacité affective des deux éléments en présence : l'aliéné peut être plus ou moins dans l'intimité familiale ; les repas sont souvent pris en commun en Belgique, en France c'est plus rare : 74 sur 282 placés à Ainay. Certaines catégories de malades demeurent obstinément étrangers à la famille : ce sont les paranoïaques, les débiles pervers, les déments précoces, les alcooliques. Parfois les autres s'intègrent dans leur nouvelle famille, partagent ses joies et ses peines et gagnent la sympathie de leurs hôtes. La stabilité de placement intervient, certains aliénés se trouvent désorientés quand leur nourricier vient à disparaître après une vie commune longue, ou lorsqu'il déménage abandonnant les lieux familiers. Le rôle du médecin est capital, c'est lui l'arbitre, le maître de toute cette petite société, il en règle l'harmonieux fonctionnement en

tenant compte des données matérielles, humaines, intellectuelles du malade et du nourricier.

L'attitude de la population qui ne participe pas au traitement des aliénés intervient aussi dans le succès de l'entreprise. Il serait à souhaiter qu'elle ne reste pas étrangère à cette institution dont elle profite, car la colonisation des aliénés s'est accompagnée partout d'améliorations dans le pays : dans le domaine de l'hygiène par la diffusion des notions de propreté, dans le domaine économique par un apport d'habitants et une diminution de charges communales.

Pour conclure sur l'aspect social du placement des aliénés, on peut redire avec notre Maître le Docteur Vié :

1° Le placement familial vaut ce que valent le médecin, l'infirmier et surtout le nourricier qui est inséparable de tout le milieu ambiant ;

2° Les indications psychiâtriques sont d'autant plus étendues que le nourricier offre plus de ressources économiques, intellectuelles et surtout morales, c'est-à-dire de plus grande capacité de bien-être, de compréhension, de sympathie ;

3° Son moyen d'action est une psychothérapie sociale, réadaptation à un milieu familial, neutre proche, mais simple ; elle réalise une récupération de la valeur humaine, une ergothérapie naturelle, une cure libre d'occupations .

4° Dans le pays où elle s'exerce, la colonisation à peu-plement dense entraîne une spécialisation presque exclusive

qui doit recevoir un consentement unanime et pour cela ne pas se limiter à une classe sociale : l'admission de malades payants chez des gens aisés est nécessaire ;

5° Son indication fondamentale est l'assistance aux chroniques socialement isolés.

Nous avons vu que les placements familiaux constituaient tels qu'ils fonctionnent un excellent milieu à certains malades mentaux bien choisis pouvant se recréer une vie presque normale, mais malheureusement cette institution n'existe pas en France pour les autres départements que la Seine, le nombre des aliénés étant insuffisant dans chaque département pour permettre une telle institution. Cela est bien regrettable car les hôpitaux psychiatriques de province sont, proportionnellement à leur population, aussi riches en malades réunissant les conditions au placement familial que les hôpitaux de la Seine et tous les aliénés qui pourraient en profiter mènent à l'asile une vie qui leur est souvent pénible, alors que la semi liberté du placement, réunie à la stabilité rassurante d'un logis et de repas sûrs, leur semblerait un idéal.

Nous avons présent à la mémoire un cas personnel que nous avons pu observer alors que nous étions interne dans un hôpital psychiatrique de province. Il s'agit d'un homme de 70 ans, Félix Ag..., fort bien portant, ayant une tension de 14-9, une urée sanguine normale et un BW. négatif. C'est un ancien valet de chambre d'une vieille dame de petite noblesse et de revenus limités. Ayant cependant acquis une automobile et n'ayant pas le moyen d'avoir un

chauffeur, elle exigea que son valet de chambre (pratiquement bonne à tout faire, cuisinier, jardinier, etc.) apprenne à conduire, mais celui-ci déjà âgé à cette époque ne put y parvenir et dut quitter la place où depuis longtemps il était employé. Ses enfants l'avaient abandonné et le malheureux se trouva isolé et sans grandes ressources ; il fit à la suite de ces événements un épisode mélancolique qui le poussa à tenter de se tuer par immersion dans la Maine à Angers et fut amené à l'asile aussitôt. Dès son arrivée son comportement redevint normal et il demanda à travailler, il entra à notre service et pendant plusieurs années il nous donna une entière satisfaction, très dévoué, très bon domestique. Nous avons toujours gardé avec lui de bonnes relations et le visitons de temps en temps à l'asile où il est toujours interné. Il est certain que dans ce cas il y a eu une désadaptation du sujet se sentant âgé, incapable comme il le dit lui-même « de se faire à tout ça, à toutes ces nouveautés », désadaptation facilitée par l'isolement et des conditions matérielles précaires. L'évolution de la société moderne, mécanisée, a donc éliminé un individu capable de vivre dans un autre milieu social. La réaction morbide fut extrêmement passagère, ne laissa aucune trace et cependant il est pratiquement impossible de remettre cet individu dans la vie sociale car sa désadaptation commençante et déjà avancée lors de son internement n'a pu faire que s'accroître ainsi que nous le constatons quand nous allions le voir. Heureusement qu'il a pu dans le cadre un peu trop étroit de l'asile, grâce à l'attention charitable du médecin-chef

de son service, se recréer une ambiance où la vie ne lui semble pas trop pénible. Mais c'est à propos de cas semblables que l'on peut souhaiter l'extension des placements familiaux et la création d'institutions interdépartementales de colonies.

CHAPITRE II

La vie urbaine

La plupart des malades que le placement familial intègre dans un milieu où ils peuvent vivre normalement ou presque ont en général vécu un premier épisode dans la vie des grandes villes, sauf les idiots et débiles profonds placés de très bonne heure en colonie. Les conditions dans lesquelles ces malades ont pu vivre en société sont assez particulières ; c'est grâce à une situation de famille spéciale, une situation pécuniaire aisée et stable qu'ils ont pu pendant un certain temps ne pas être éliminés de la vie sociale. Il faut bien dire que cela est assez théorique et qu'en fait si ces malades étaient plongés dans la vie de la collectivité, ils y demeureraient étrangers et ne participaient pas à ses devoirs et ses droits. En fait ils menaient une existence se rapprochant de celle des colonies familiales, leurs parents et leurs infirmiers leur évitaient les contacts trop étroits avec la vie moderne qu'ils n'auraient pas pu supporter. Mais dès que le milieu familial disparaît par la mort de ses éléments, aussitôt les sujets doivent être internés. Nous citerons comme exemple le cas d'un dément précoce inerte, vivant avec sa mère depuis de longues années, qui la laissa

mourir, méconnut sa mort et resta quinze jours à côté de son cadavre ; ou encore le cas d'une femme très délirante vivant depuis longtemps avec sa sœur. Celle-ci se chargeait de toutes les besognes quotidiennes et de la gestion de leur fortune. Après sa mort la malade fut internée après une période d'errance, de vagabondage marquée par une recrudescence du délire par ailleurs très riche et très complexe. L'isolement total n'agit pas que sur des sujets présentant de gros troubles mentaux, mais aussi sur un grand nombre d'individus ayant toujours mené une vie normale tant qu'ils étaient entourés et soutenus par un entourage affectueux. L'isolement agit d'une façon particulière au moment de la pré-sénilité, à ce moment qui fait un peu le pendant de la puberté où l'organisme subit une série de transformations biologiques, lentes mais importantes et où commence l'involution, période donc de spéciale fragilité. Nous avons pu observer plusieurs malades ayant occupé jusqu'à l'âge de 50, 55, 60 ans de petites situations suffisant juste à les faire vivre, habitués à se décharger des soucis de la vie moderne sur une autre personne, ou encore plus simplement habitués au spectacle familial des quatre murs de leur chambre bien peu confortable pourtant. L'artérioscléreux P... nous disait : « Depuis vingt ans j'étais avec une femme, elle est morte, ça m'a bouleversé », et il s'est résigné à la vie d'asile. Chez les préséniles, une variation dans le thème coutumier suffit à déclencher le drame, et l'on sait combien la vie moderne est fertile en variations brusques : chômage, travail accéléré, difficultés matérielles, etc. Tel ce vieux célibataire qui se

met à faire un accès délirant interprétatif parce que sa propriétaire l'expulse de son logement depuis trente-cinq ans.

Nous avons pu réunir quelques observations qui rentrent dans le cadre de différentes circonstances que nous venons de citer. Les voici :

OBSERVATION N° 1. — Mlle Lach... Marie-Antoinette, née en 1908, sans profession. C'est une malade atteinte d'imbécilité avec hypertonie, paraplégie, que son père veuf avait confiée à sa tante. Celle-ci tomba malade. La malade de ce fait doit être internée.

Certificat du 3-2-39 : Est atteinte d'imbécilité - arriération profonde, propos niais et inconsistants, ignorance des notions les plus élémentaires, ne sait ni lire ni écrire, ne sait pas s'habiller seule. Le père veuf âgé de 70 ans ne peut plus s'en occuper, séquelles de paralysie infantile, gâtisme. L'état psychopathique de cette malade nécessite son placement dans un asile d'aliénés. — Signé : D^r PICHARD.

Certificat du 4-9-39 : Est atteinte d'arriération mentale très marquée, incapacité sociale totale, débilité motrice, séquelle de paralysie infantile, déformation du pied gauche, claudication, réflexes tendineux vifs, strabisme, cicatrice de brûlure au niveau des plis du coude. Peut être transférée. — Signé : D^r X. ABÉLY.

Immédiat 6-2-39 : Est atteinte d'imbécilité avec hypertonie diffuse, impotence des membres inférieurs, grosse

dysarthrie, impossibilité de s'habiller seule. Réflexe tendineux très vif. Strabisme. A maintenir. — Signé : Dr Vié.

Quinzaine 21-2-39 : Est atteinte d'imbécilité avec hypertonie. Propre, calme. A maintenir. — Signé : Dr Vié.

Tension artérielle 14-9. Ni sucre ni albumine dans les urines. Urée du sang = 0,45. BW. négatif. Bien réglée.

La malade a fait, dit la famille, des convulsions, une méningite, de la paralysie à 7, 15 et 16 mois.

Les renseignements donnés lors d'une visite montrent que « la malade après la mort de sa mère a été confiée à une de ses tantes qui n'avait pas d'enfant, qui l'a élevée jusqu'à ce jour ; devenue veuve et malade, elle n'a pu la garder plus longtemps. Son père veuf, âgé de 70 ans, vu les difficultés de l'heure actuelle, n'a pu la garder avec lui et a dû se résigner à la faire interner. »

Ce cas est démonstratif du rôle très grand que jouent les facteurs sociaux dans l'internement. Voici une malade absolument incapable de vivre seule que deux raisons ont poussée à l'internement : l'isolement familial et les difficultés de l'heure présente, comme le disent les notes données par un des visiteurs. Si cette malade avait continué à être dans une situation sociale favorable, elle n'aurait sans doute jamais été internée malgré sa grosse insuffisance mentale.

OBSERVATION N° 2. — Mme Meill... Joséphine, veuve Ch..., 58 ans, née à Paris. C'est une vieille démente précoce ayant conservé de grosses séquelles, son mari pendant la

gardait chez lui, mais à sa mort la malade a dû être internée.

Certificat d'admission : Démence vésanique, affaiblissement intellectuel profond, réponses vagues, imprécises. Désorientation totale, indifférence, apathie, inertie, propos incohérents, aspect de schizophrénie ancienne. Déjà internée à Ville-Evrard vers 1910, a vécu chez elle ne sortant jamais. Réaction négative dans le sang. — Signé : D^r PICHARD.

La malade est transférée à Ville-Evrard le 7-1-27.

Certificat : Démence vésanique, incohérence des propos, désorientation, indifférence affective, conservation des attitudes. A observer. — Signé : D^r MIGNOT.

Le 19-3-37 elle est transférée de Ville-Evrard à Moisselles. Elle se comporte d'une façon discordante, clignement des yeux, mouvement des lèvres, petites contractions de la face, murmure tout bas, persévération des attitudes, elle répond mal aux questions :

Q. — Que devient votre mari ?

R. — C'est usé... mais je ne suis plus mariée maintenant.

Q. — Où étiez-vous hier ?

R. — On venait de par ici, on est descendu, vous êtes dans nos maisons, on travaille un peu, vous travaillez à l'instant.

Q. — Où êtes-vous née ?

R. — Je suis paysanne des pays de montagne, j'arrive du pays par là-bas.

Tension artérielle 19,5-12. Ni sucre ni albumine. BW. négatif.

Chez elle elle ne faisait rien, tricotait par-ci par-là, de temps en temps quelques excès de vin, la plupart du temps inerte.

L'isolement pour elle a marqué l'heure de l'internement, comme pour notre précédente malade.

Ces deux observations nous montrent des malades très tarées, pratiquement incapables de vivre dans la société urbaine et aussi dans les collectivités modernes, quoique la deuxième aurait peut-être continué de vivre en liberté à sa guise aidée par la charité et l'esprit de solidarité bien plus fort à la campagne qu'à la ville. L'observation que nous présentons maintenant concerne une femme ayant longtemps vécu dans la société d'une façon normale mais sensibilisée par la présénilité.

OBSERVATION N° 3. — Il s'agit d'une dame Ch... Per..., giletière de son métier, âgée de 68 ans actuellement. Après de nombreuses maladies de l'enfance, dont une typhoïde à 5 ans, elle s'est élevée chétive ; elle a été bien réglée à partir de 11 ans. Mariée, elle n'a pas eu d'enfants. De 27 à 38 ans, elle présente des crises épileptiformes avec perte de connaissance et chute ainsi que des vertiges. A 52 ans, elle est opérée pour fibrome d'hystérectomie totale, mais après elle se sépare de son mari pour incompatibilité d'humeur. En 1931, à 60 ans, elle subit l'ablation du sein

droit avec curage de l'aisselle. Elle demeure affaiblie, mais grit beaucoup, souffre de ptose gastrique.

Le début de troubles mentaux en janvier 1937 est marqué par une violente discussion avec un voisin ; depuis longtemps déjà existait entre elle et lui une tension. Mme Ch... lui reprochait de faire du bruit après l'heure réglementaire. Ce voisin l'accusa d'envoyer des ordures chez lui, l'injuria, la menaça, « dit des horreurs d'elle ». Elle entendait sa voix puis celles de voisins plus éloignés, le jour d'abord puis la nuit. Les hallucinations auditives demeurèrent continuelles, « comme une T. S. F. » dit-elle. Fait important, au mois de mai 1937 la malade va se reposer dans le Nord, où elle se retrouve dans un milieu familial. Les troubles mentaux présentèrent alors une sédation nette, mais dès son retour à Paris tout recommença et bientôt des phénomènes d'automatisme mental prédominèrent. Dès qu'elle pensait une chose elle était émue, ses actes étaient énoncés, commentés, elle recevait des ordres (une voix neutre qu'elle ne pouvait pas reconnaître), enfin dans la nuit elle eut des hallucinations olfactives. Mme Ch... attribuait ces voix, de même que la transmission de pensée dont elle était victime, aux voisins et au concierge, et pensa en définitive que toutes ces misères avaient pour but de la chasser de chez elle. Mme Ch... porta plainte au commissaire, déchira la convocation, ne s'y rendit pas. Un samedi d'août 1937, elle fut conduite à la préfecture de police entre deux agents : les phénomènes hallucinatoires y atteignirent leur maximum d'intensité.

Voici le certificat du D^r MICHAUX : « Hallucinations auditives, insultes, grossièretés parfois contredites par la voix qui la défend, commentaire des actes, prise et écho de la pensée, on lui fait penser des ordures. « Je suis libre mais pas toujours maîtresse de ma pensée, une pensée plus forte que la mienne la domine. » Hallucination auditive, tapage nocturne, accuse des persécuteurs explicitement, tous voisins. »

A l'infirmerie spéciale, son état se modifia très vite. Voici ce qu'elle dit : « J'étais calme, j'attendais ; quand on m'a emmenée de la Préfecture à Sainte-Anne, quelle commotion ! Je n'entendais plus rien, plus de prise de pensée, plus de voix, j'étais normale comme maintenant ». Au point de vue physique, il n'y avait à l'entrée ni albuminurie ni sucre et une azotémie à 0,36. Le poids passe en deux mois de 39 à 41 kg., par contre la T. A. s'éleva de 16-9 à 20-10 (décembre). BW. négatif.

Une fois les phénomènes hallucinatoires suspendus, la rectification du délire fut plus longue, mais elle s'est faite néanmoins au contact des grandes hallucinées. Sortie, cette malade reprend son travail, mais malheureusement une fois replongée dans la vie sociale les phénomènes hallucinatoires réapparurent, comme nous avons pu le constater en la suivant à l'extérieur.

Le cas de cette malade nous semble caractéristique de l'action des facteurs sociaux sur un terrain prédisposé par la présénilité. En effet, tant que la malade est à l'asile son comportement est normal, elle travaille, mais dès sa sortie

elle se trouve replongée dans la vie urbaine sans pouvoir profiter d'une assistance socio-médicale et les troubles mentaux se manifestent à nouveau. Ce cas particulier met en lumière la nécessité de la création d'un organisme capable d'apporter au malade sorti en liberté la garantie d'une surveillance et de soins spécialisés, comme nous aurons l'occasion de le revoir à la fin de cette étude.

Il y a peu de temps encore les déséquilibrés et débiles simples avaient quelques chances de pouvoir se tirer d'affaire, mais à l'heure actuelle ces sujets sont les premières victimes des facteurs d'abaissement du centre de résistance psychique. Ces sujets sont plus ou moins tarés et bien souvent le déséquilibre est demeuré inapparent jusqu'à ce que des circonstances sociales difficiles le révèlent. C'est souvent vers 15 ou 20 ans qu'éclate l'incident entraînant l'élimination des sujets de la vie active : l'âge d'une puberté tardive, l'âge où doit s'imposer le choix d'une profession et où le soutien familial commence à faire défaut dans bien des milieux sociaux. Mlle Serin et M. Targowla ont rapporté les résultats d'une enquête médico-sociale sur les jeunes chômeurs à Paris. Ils ont étudié 234 adolescents chômeurs de 14 à 18 ans (163 garçons, 71 filles). Dans presque la moitié des cas l'état général est médiocre, il y a une grande proportion d'épileptiques et de cardiopathes. Ils ont dépisté 10 débiles mais n'ont pas noté de psychopathies caractérisées, simplement quelques troubles du caractère et de l'émotivité.

M. le Professeur Laignel-Lavastine avec d'Heucqueville

et Sambron ont rapporté le cas d'un sujet instable déprimé, sans travail, ayant fait de multiples tentatives de suicide entraîné par ses échecs. Ces tentatives ne traduisaient pas un désir très ferme de se donner la mort, mais plutôt d'attirer l'attention sur lui et d'améliorer ainsi sa condition sociale.

La spécialisation croissante, les capacités exigées pour remplir des emplois, même simples, rendent l'accès aux situations très difficile, presque impossible à ceux qui sont mal armés pour la lutte sociale, aussi très souvent tombent-ils dans le vice, l'alcool, la prostitution, le vol où leurs penchants les entraînent tout naturellement, souvent aussi ils font des psychoses d'insatisfaction, d'infériorité ou de simples réactions psychopathiques, dont notre Maître le Dr Vié a rapporté quelques cas que nous reproduisons ici et que nous retrouverons au cours de notre étude. Voici les observations de ces cas :

OBSERVATION N° 4. — Raymond V..., né en 1911, employé de commerce. (Désarroi post-régimentaire. Trois tentatives de suicide. Orphelin. Fond d'hyperémotivité. Guérison complète.)

Orphelin de père et de mère à 12 ans (hérédité alcoolique et tuberculeuse), 4 frères, intelligent, muni de son brevet élémentaire, bon comptable. Il devance l'appel du service militaire, fait campagne au Maroc. A son retour, à 21 ans, il ne peut retrouver de travail malgré tous ses efforts

(juillet 1932). Il perd courage. Trois tentatives de suicide en 1933 au moyen de gardénal. Toutes échouent.

Interné le 28 novembre 1933 (venant de l'hôpital Henri-Rousselle) pour « état dépressif chronique avec idées de suicide et tentatives répétées..., désordre des actes, vend des objets, des habits appartenant à son frère ; conscient d'un certain fléchissement, activité spontanée réduite, n'a de goût à rien, reconnaît son incapacité à vivre au dehors, accepte l'internement dans un asile » (Dr COURTOIS).

A Sainte-Anne, il s'améliore très vite, travaille presque d'emblée, est envoyé en colonie familiale par M. Truelle le 13 janvier 1934, s'y montre gai, travailleur, de bonne tenue.

Au point de vue morphologique : nez en selle, strabisme léger, thorax un peu étroit. Toutes réactions humorales négatives. Tachycardie, transpiration émotive lors de l'arrivée à Ainay.

Il sort le 3 juin 1934, trouve bientôt une place aux Messageries Hachette ; il l'occupait encore au 1^{er} janvier 1936.

OBSERVATION N° 5. — Auguste S..., né en 1905, chauffeur de taxi. (Excès de boisson faisant perdre une situation. Epilepsie. Désarroi par suite de la crise économique. Tentative de suicide. Isolement familial. Instabilité légère.)

Fils naturel, en mauvais termes avec le mari de sa mère. Intelligent, mais pas de certificat d'études. Placé à 13 ans comme employé dans l'alimentation. Au retour du

service militaire, devient chauffeur de taxi, se marie, a un enfant. Séparé de sa femme au bout de 4 ans « pour des raisons d'intérêt », fait des excès de boisson avec des camarades. Un soir, il laisse sa voiture dans une rue, sans lumière. Mené au poste, puis à la Santé, il allègue l'épilepsie, une histoire de fugues inconscientes et il est interné à Villejuif pendant 9 mois (1931).

A sa sortie, il ne trouve que des emplois de raccroc, il est désemparé ; infirmier dans un sanatorium de Berck, son pays, il a des rhumatismes : il travaille à la campagne, dans le Loiret, rentre à Paris, sans travail. Il tente de se suicider avec du gardénal, est amené à Saint-Antoine, s'y fait avec une lame de rasoir des incisions de l'avant-bras.

Interné le 7 avril 1934 pour « épilepsie » en état dépressif, il ne présente aucun symptôme caractéristique, se montre calme et bon travailleur (service de M. P. Abély). Transféré à Ainay le 8 août 1935, il s'y occupe bien, mais se livre à quelques excès de boisson.

Constitution physique robuste et normale.

OBSERVATION N° 6. — Edouard L..., né en 1905, manœuvre. (Désarroi consécutif à la crise économique, tentative de suicide. Orphelin. Débilité mentale, instabilité, mythomanie, appoint alcoolique.)

Orphelin, sans relations avec ses frères et sœurs, se trouve à 28 ans sans travail pendant de nombreux mois, se laisse aller. M. de Clérambault, le 10 janvier 1933, signale l'aboulie, le déséquilibre émotionnel, mais aussi l'ex-

centrisme, le dilettantisme, l'opportunisme des déclarations. Edouard aurait eu une crise épileptoïde dans un hôpital en 1931. Il fait un premier séjour à l'infirmerie du dépôt ; renvoyé, il y est ramené dès le lendemain, après une apparence de tentative de suicide, petites coupures par lames de rasoir sur l'avant-bras. « J'avais bu, nous dira-t-il, dans un moment de cafard ».

On ne constatera dans les asiles que ce « déséquilibre mental avec troubles de la conduite et du caractère » (Génil Perrin).

A Ainay, le 19 décembre 1933, Edouard se montre instable et protestataire ; au bout de quinze jours, quitte un premier placement, ne se trouvant pas assez payé et entraîne un camarade à en faire autant ; replacé, il part trois jours après, en pleine nuit, à Saint-Amand, où manquant d'argent pour prendre le train il se rend au commissariat de police. Transféré à l'asile de Chezal-Benoît, il en sort au bout de quelques mois.

Edouard L..., sachant lire et écrire, mais peu intelligent, de jugement borné, fait preuve d'une instabilité foncière et d'une paresse invétérée. Grand garçon bien bâti, il présentait néanmoins des varices de la jambe droite et aurait subi une méniscectomie en 1933.

OBSERVATION N° 7. — Edmond B..., né en 1911, ouvrier boulanger. (Désarroi dû à la crise économique : vols, épilepsie alléguée. Enfant assisté. Emotivité. Mythomanie.)

Pupille de l'Assistance Publique, il perd de bonne heure ses parents nourriciers. Pas de certificat d'études, mais ne paraît pas débile intellectuel. Réformé pour troubles psychiques (?) : « On disait que j'avais des crises, que je tombais par terre, je ne m'en suis jamais aperçu ». Ouvrier boulanger en chômage, 20 ans, il est condamné à 4 mois de prison pour vol ; à 21 ans, en 1933, ce sont deux vols, l'un de 1.000 francs, l'autre d'un coupon d'étoffe à la devanture d'un grand magasin, « accomplis sciemment et volontairement », dit l'expert, M. Truelle, mais par un sujet psychiquement malade, isolé dans la vie, « atteint de déséquilibre mental avec hyperémotivité, instabilité, impulsivité. Tendances dépressives actuellement prédominantes, ajoute le rapport, crises névropathiques du type apparemment pithiatique ». Non-lieu suivi d'internement.

A l'asile, ne persiste que le fond mental avec troubles de la volonté, manque d'initiative. Edmond travaille régulièrement. Une demande de sortie, formulée par sa maîtresse, est rejetée après enquête de la préfecture de police. A Ainay (30 janvier 1935), le jeune homme, agréable, de tenue impeccable, travaille assidûment de son métier de boulanger. Il est capable de gagner sa vie. Il sort, le 1^{er} avril 1935, plein de bonnes résolutions qu'il expose avec élégance et apparente sincérité. Quinze jours plus tard, sans avoir jamais paru chez le correspondant honorable qui l'avait réclamé, il était inscrit au chômage à Montmartre...

Bonne constitution physique. Tremblement et éréthisme cardiaque lors des examens.

OBSERVATION N° 8. — André G..., né en 1910, jardinier. (Instabilité, mythomanie, vols, épilepsie alléguée, idées de suicide.)

Fils unique dont les parents sont séparés. Certificat d'études. A l'en croire, il a été traité à 10 ans pour une lésion pulmonaire dans un sanatorium ; il a été exempté du service militaire pour faiblesse de constitution, depuis quelques années il présente des « crises bi-mensuelles » ; en 1932, il est atteint d'une méningite cérébrospinale, puis il tombe sous une voiture, au cours d'une crise, et on le trépane à Bicêtre. De fait, on sent au niveau d'une cicatrice du cuir chevelu une dépression de l'os pariétal gauche. Ne pouvant trouver de travail, il vagabonde, ébauche des tentatives de suicide, brise des vitres, présente des colères furieuses dans lesquelles il frappe et mord.

Mais la préfecture de police nous signale, dès 1929, deux condamnations à 6 mois de prison pour abus de confiance, à un mois avec sursis pour le même motif, et en 1932 une troisième condamnation à un mois de prison pour vol...

Interné le 10 avril 1934, André présente à la quinzaine « des troubles habituels du caractère, des équivalents confusionnels, des impulsions au suicide ; mais pendant 9 mois d'observation, on ne constate aucune crise épileptique » (P. Abély).

A Ainay (30 janvier 1935), le jeune homme se montre instable, prétentieux, volontiers protestataire ; cette tendance est entretenue par les revendications de sa mère, à

laquelle il se plaint d'être maltraité, mal nourri, pour se faire envoyer de l'argent. Il paraît incapable de gagner sa vie, bien qu'il se dise horticulteur spécialisé.

Au point de vue morphologique, on note une hémiasymétrie d'ensemble, la moitié droite du corps se trouvant moins développée (bouche, membres inférieurs asymétriques, scoliose). Petits râles fins au sommet du poumon droit.

Repris par sa mère le 30 avril 1935, André était au 1^{er} janvier 1936 hospitalisé à Paris.

OBSERVATION N° 9. — Olivier Ch..., né en 1910. (Vie aventureuse, escroquerie, bouffée délirante imaginative. Hérité complexe, mythomanie myopathie progressive.

Père mort d'affection hépatique, mère démente paranoïde internée depuis 9 ans, un grand-père maternel atteint de myopathie. Lui-même intelligent, employé de commerce. Syphilis acquise à 19 ans. Après le service militaire, début d'une myopathie avec atrophie diffuse, très inégalement répartie, prédominant au membre supérieur droit. Très agréable, extrêmement « débrouillard », plein d'entrain, fertile en expédients, mais instable, Olivier a une activité désordonnée, a fait de nombreuses places.

Inculpé d'escroquerie relative à une somme de 13.000 francs dans des circonstances qui décèlent un accès d'excitation avec idées délirantes d'origine imaginative et interprétative, tendances revendicatrices. Non-lieu et internement après expertise de M. Truelle.

A Villejuif, P. Abély traite la syphilis, note l'état hypomaniaque, le thème imaginaire : le chèque touché par Olivier lui aurait été donné en récompense d'une mission délicate et dangereuse de détective privé. Tout cela se calme rapidement.

En colonie familiale (8 août 1935), Olivier, très conscient de son état physique et mental, s'attire la sympathie des nourriciers, rentre en relations avec des amis qui lui procurent une situation. Il sort le 7 novembre 1935.

Les troubles que ces malades présentent dépendent de deux facteurs : d'une part le terrain individuel et la circonstance sociale, d'autre part les réactions épisodiques qu'il ont manifestées ont eu lieu avant l'internement mais jamais elles ne se sont manifestées à l'asile, il ne persistait plus que des remous émotionnels qui allaient en s'atténuant en un ou deux mois. Une fois ceux-ci disparus, on ne remarquait plus que le facteur individuel : un déséquilibre mental. Chez ce sujet comme dans le cas rapporté par le Professeur Laignel-Lavastine, on a pu noter des tentatives de suicide mais il ne paraît pas que l'intention de se donner la mort ait été très ferme, d'autres racontent leurs « crises d'épilepsie » avec complaisance sans qu'elles aient pu être contrôlées, ils invoquent des pertes de conscience, mais ils ne paraissent pas alors très sincères. Toute cette partie pittoresque et aventureuse de la vie sociale disparaît évidemment à l'internement, mais on observe alors en général des troubles d'ordre dépressif : leur humeur est mobile, ils manifestent des tendances impulsives, des phases d'anxiété,

de l'aboulie avec un fond d'amertume donnant la notion de leur échec dans la lutte pour la vie. On retrouve aussi fréquemment chez ces sujets de la mythomanie entraînant une vanité puérile, un besoin de plaire. Dans la genèse de ces troubles, on a été frappé par l'importance des circonstances sociales où se sont trouvés placés les sujets ; ce sont souvent des orphelins, sans liens familiaux ; la crise économique entraînant le chômage et par lui l'inaction expose aux perversions et à la recherche d'expédients en général malhonnêtes. A cet âge où les espérances sont nombreuses, la succession des échecs amène vite la cessation des efforts et accule toute une catégorie de sujets à une situation sans issue. Eux-mêmes déclarent être tout à fait désemparés, désorientés. La période de désarroi dure de quelques mois à deux ans environ, durant laquelle il y a du fait de l'instabilité et de l'inquiétude un enfoncement du sujet qui se manifeste d'abord par l'utilisation d'expédients, puis par des réactions psychopathiques athypiques bizarres, de caractère puéril, ne paraissant pas relever de la simulation.

On conçoit que l'élimination de ce sujet se fasse vite dans les conditions actuelles, mais elle peut ne pas être définitive et après une période de rééducation bien menée où ils trouvent un emploi, ils peuvent reprendre leur vie sociale, ils n'ont simplement qu'une certaine fragilité qui nécessite des précautions d'hygiène mentale.

L'élimination des sujets que nous allons étudier maintenant nous paraît plus fatalement définitive, nous voulons parler des épileptiques ; les conditions de vie d'une grande

ville moderne leur sont fatalement un danger. L'aspect du problème varie avec le malade et l'épilepsie a bien des formes cliniques. Il est évident que l'épilepsie avec débilité mentale profonde, la démence épilepsie, l'épilepsie à crises multiples entraînent une élimination rapide, mais il existe — et c'est peut-être la majorité — toute une catégorie d'épileptiques qui font des crises rares, espacées, ou encore des équivalents ; le problème du maintien de la vie sociale se pose pour eux. En général ils ne peuvent pas se maintenir très longtemps dans la vie sociale moderne, alors que dans la société rurale ils réussissaient assez bien à conserver leur situation et leur activité. La vie de la grande ville leur est éminemment défavorable par sa fatigue, par son épuisement nerveux, par son mouvement incessant. Cela ne peut que nuire à ces sujets qui plus que tout autre ont besoin de calme, de régularité et doivent être tenus éloignés de toutes les tentations, l'alcool principalement.

Nous avons réuni deux observations d'épileptiques ayant pu vivre assez longtemps dans la société sans être internés, grâce à une situation de famille favorable. Ces deux cas sont assez différents l'un de l'autre. Le premier concerne une femme qui a pu mener une existence active pendant longtemps, tandis que le second concerne une malade profondément tarée en plus de son épilepsie.

OBSERVATION N° 10. — Mme Lam..., veuve G... C'est une malade qui dans la vie a subi des échecs multiples,

divorce, isolement, chômage, qui est internée à la suite d'incidents violents.

Certificat du 9-11-38 : Trouble du caractère chez une épileptique. Crises convulsives depuis l'âge de 5 ans ; actuellement crises à peu près mensuelles, irritabilité, impulsivité. Hier scandale au bureau de chômage, protestations véhémentes ; tentative de violence contre une employée qu'elle a voulu frapper avec un rouleau compresseur en métal. Appoint éthylique probable malgré dénégations ; tremblement léger digital et lingual. Zoopsie. Pouls à 92. Ménopause à 37 ans. Front bombé ; lésions dentaires ; prognathisme inférieur ; langue plicaturée. — Signé : D^r PRICHARD.

Certificat du 10-11-38 : Est atteinte de déséquilibre mental chez une épileptique, phase d'excitation et de dépression. Trouble du caractère ; exagération des réactions ; crises convulsives très fréquentes dans l'adolescence, plus espacées depuis quelques années, peu intenses dans le service. Excitation psychique actuelle. Revendications au sujet d'une place offerte par le bureau de chômage, réaction agressive à l'égard d'une employée, loquacité, aisance, aveu d'excès éthyliques, stigmates dégénératifs, réflexes tendineux vifs, tremblement digital ; longs séjours à la Salpêtrière. A maintenir. Peut être transférée. — Signé : X. ABELY.

Immédiat 12-11-38 : Est atteinte d'épilepsie avec crises convulsives, trouble du caractère. Raconte la scène au cours de laquelle elle a menacé une employée du bureau de pla-

cement d'une barre de métal apportée dans ce but. Quelques excès de boisson, signe physique de dégénérescence. A maintenir. — Signé : D^r VIÉ.

Quinzaine 26-11-38 : Est atteinte d'épilepsie ; n'a pas eu de crises convulsives depuis son arrivée. Lenteur de l'idéation, oisiveté résolue. A maintenir. — Signé : D^r VIÉ.

Urée sanguine 0,50. BW. négatif. Urine normale. T. A. 13-7.

Voilà ce que nous raconte la malade : « J'ai eu une minute d'emportement, c'était un peu prémédité, voilà chef... on m'a proposé une place mais je ne l'ai pas prise ; c'était trop fort pour moi... Puisque le gouvernement m'a pris à charge, je peux bien rester à ne rien faire ; que le gouvernement me prenne à charge totalement, qu'il me nourrisse, on ne vient pas du dehors pour travailler dans les conditions où je suis. Je ne me suis pas ennuyée... j'attendais les événements... la question politique. C'est trop malheureux d'arriver à un siècle comme nous sommes. Blum a retiré le pain des ouvriers ». Cette malade s'exprime d'une façon stéréotypée, souvent le mot chef revient, ou encore des expressions toutes faites comme celle-ci : « sur la place de Paris ». Cette malade se prête à plusieurs observations cliniques, elle est animée d'un sentiment qui ressemble un peu à ce que M. le Professeur Laignel-Lavastine a individualisé sous le nom d'assécurose : la malade se sait assistée par des lois de chômage, le gouvernement doit s'occuper d'elle et dans ces conditions elle ne se préoccupe pas de

sortir et de travailler, elle ne prendra que ce qui n'est pas trop fort pour elle et refuse de travailler à l'asile. C'est un comportement bien plus fréquent chez les malades du département de la Seine que chez les malades de province dont l'immense majorité désire travailler. La maladie est pour cette femme un refuge d'autant mieux que son expérience vitale n'a pas été merveilleusement réussie : elle a été licenciée de nombreuses places, elle a travaillé dans une usine que la crise économique a obligée à fermer. Au point de vue familial la réussite n'a pas été meilleure. Après s'être mariée à Montargis, elle n'a pas tardé à divorcer, elle a un fils de 13 ans qui est placé à l'Assistance Publique, depuis 20 ans elle n'a plus de relations avec ses frères et sœurs qui sont demeurés à Montargis : elle ne veut pas les voir. A l'asile elle n'est pas visitée, c'est une isolée. Après un séjour à l'asile de quelque temps elle s'améliore un peu, reprend du poids (de 44 elle passe à 51 kg. en l'espace de 6 mois) et consent à travailler, en somme elle paraît avoir récupéré un certain équilibre dans ce milieu où elle est traitée et guidée. Cette femme réunit plusieurs des facteurs qui favorisent l'élimination de la vie sociale : c'est d'abord une épileptique, puis c'est une isolée et enfin une victime de la crise économique et sociale. Il est peu probable qu'elle puisse reprendre une vie normale car elle paraît désadaptée par rapport au milieu urbain ; mais on peut espérer qu'une vie calme et régulière lui conviendra à sa mesure, telle qu'elle existe dans les sociétés rurales.

L'observation suivante concerne une débile mentale pro-

fonde n'ayant jamais pu travailler, qui a dû être internée après le décès de son père et de sa mère.

OBSERVATION N° 11. — Mlle Ber... Madeleine, sans profession, née en 1889.

Certificat du 27-1-39 : Est atteinte de débilité mentale profonde, avec épilepsie, arriération mentale, incapacité d'aucune activité professionnelle utile. Ne peut gagner sa vie. Crises épileptiques convulsives paraissant fréquentes, mort récente de sa mère qui lui enlève tout soutien. L'état psychopathique de cette malade qui ne peut vivre seule au dehors nécessite son internement dans un asile d'aliénés en vue d'une admission éventuelle dans une colonie familiale. — Signé : D^r PICHARD.

Certificat du 29-1-39 : Est atteinte d'arriération mentale avec épilepsie, incapacité sociale, crises convulsives fréquentes, réflexes tendineux vifs, blesité, enophtalmie de l'œil gauche, troubles trophiques du membre inférieur droit, traces de morsures de la langue. A maintenir, peut-être à transférer. — Signé : D^r X. ABÉLY.

Immédiat du 1-2-39. — Est atteinte de débilité mentale avec épilepsie, stigmates de dégénérescence, strabisme, blesité, voûte palatine haute, cardiopathie, boiterie. A maintenir. — Signé : D^r VIÉ.

Quinzaine 17-3-39. — Est atteinte de débilité mentale profonde avec épilepsie, calme ; n'a pas de crise depuis l'entrée. A maintenir. — Signé : D^r VIÉ.

T. A. 16-8. Urine normale. Urée sanguine 0,35. BW. négatif dans le sang, souffle systolique et dédoublement du deuxième bruit.

La malade raconte qu'elle a perdu sa mère le 20 janvier. « J'ai eu beaucoup de peine (pleurs), alors mon frère a eu peur que je tombe malade et il m'a amenée à Henri-Rousselle d'où on m'a envoyée à Sainte-Anne. »

Dès que cette malade s'est trouvée isolée, elle a été aussitôt incapable de se maintenir dans la vie sociale et automatiquement éliminée. Pour elle aussi la solution d'un placement en milieu rural paraît désirable. En milieu urbain son état ne peut que s'aggraver et elle ne peut être d'aucune utilité, d'autre part les modes de vie moderne ne peuvent qu'apporter des restrictions au désir d'activité qu'elle pourrait avoir.

La vie urbaine exclut donc à l'époque actuelle les faibles, les idiots, les imbécilles, les débiles plus ou moins profonds, les déséquilibrés, les épileptiques, tous les métopragiques en général. De tout temps cette catégorie d'individus n'a jamais tenu une place importante dans la société mais maintenant plus que jamais, car la réussite sociale demande plus de qualités individuelles et d'efforts que jadis. Mais il y a toute une catégorie d'individus chez qui la vie urbaine entraîne des troubles mentaux sans qu'ils soient à proprement parler des anormaux ; nous voulons parler des dépayés, désadaptés qu'on peut ranger en deux séries : étrangers chassés de chez eux ou volontairement partis et ruraux.

Les ruraux venus à la ville y sont arrivés par deux processus en général, les uns par la force des choses, le hasard de la fortune comme cette vieille femme devenue veuve et sans ressources qui s'en va à Paris vivre chez ses enfants ; les autres parce qu'ils étaient déjà désadaptés dans leur pays. Ce sont des déséquilibrés à la poursuite d'un équilibre qu'ils ne trouveront pas.

Les étrangers formant la deuxième catégorie de dépay-sés prennent à l'heure actuelle une grande importance. Nombreux sont ceux qui sont venus sur notre sol après la guerre avec l'espoir d'y trouver un travail que leur pays trop pauvre leur refusait, qu'un gouvernement nouveau rejetait hors des limites de la patrie. Plus récemment encore nous avons reçu un afflux de réfugiés espagnols dépay-sés, préparés à toutes les psychoses par la déchéance physique et la misère physiologique, ainsi que des Tchèques sans patrie, brutalement chassés. Il est naturel de penser que tous ces bouleversements sociaux survenant chez des sujets dans de très mauvaises conditions physiques peuvent entraîner des troubles mentaux. Tous ces individus ruraux ou exilés qui avaient réalisé leur équilibre psychique en fonction du milieu héréditaire et d'un mode de vie habituel, se trouvant transplantés, présentent une « mentalité paradoxale » décrite et différenciée par M. Courbon avec Piouffle, Vié, Tusques et Delmond. Mignard et Durand Saladin ont décrit les psychoses qui peuvent éclore et évoluer chez ces sujets, ils les ont individualisées sous le nom de psychoses de dépaysement et désadaptation au congrès

des aliénistes et neurologistes de 1925. Elles sont dues à une variation trop brusque et trop complète, trop mal préparé au milieu social. Elles se manifestent par un début confusional anxieux, puis l'évolution se fait vers la guérison ou passe à la chronicité révélant l'aspect de la schizoïdie ou de délire de compensation. C'est à un article du « Journal de Psychologie » de M. Courbon (1925) que nous empruntons la description des mentalités paradoxales.

Ce sont des sujets anormaux dont la mentalité n'est pas en harmonie avec celle de la collectivité où ils vivent, leur mentalité se trouve dysharmonique en fonction de deux facteurs : le milieu biologique et le milieu social.

1° *Le milieu biologique.* — Il peut y avoir désaccord entre l'âge et le caractère somatique de l'individu : on a alors le tableau de l'infantilisme et de son contraire, le sénilisme. Si le désaccord est entre l'âge et les caractères psychiques, c'est le tableau du puérilisme mental, du sénilisme mental et de l'adultisme mental.

Suivant le sexe du sujet, le désaccord peut amener chez l'un et l'autre sexe du féminisme et du virilisme, les conditions physiologiques chez une jeune mère, l'absence de la mentalité des « Embrasés » chez les tuberculeux. Pratiquement ces caractères ne sont paradoxaux que parce que la réalité biologique nous échappe.

2° *Le milieu social.* — Pour le cadre de notre étude ce paragraphe est plus intéressant, les sujets dont la mentalité peut être qualifiée de paradoxale sont ceux qui ne

pensent pas, ne sentent pas, n'agissent pas comme leur entourage. M. Courbon distingue ainsi les Anatópíques dé-placés dans l'espace et les Anachroniques déplacés dans le temps. Les anatópíques sont représentés par des sujets déclassés de naissance (famille, milieu, religion) ou présentant des vocations isolées (coloniaux, marins) ; chez des sédentaires, dévoyés, déclassés de milieux sociaux où ils ne réalisent pas leur assimilation. Les anachroniques sont des hommes d'un autre âge, mentalité primitive, mystique prélogique, prémoderne, zooanthropoïdistes mentaux ; d'autres se rapportent à une époque passée : gens de la Renaissance par exemple. Tous ces états mentaux représentent les formes les moins marquées de l'anormalité, ils sont à la limite du normal et de l'anormal mais prédisposés aux troubles mentaux qui sont dans ce cas fonction de facteurs sociaux essentiellement.

En voici un exemple :

OBSERVATION N° 12. — Antoinette, 52 ans, fille de paysans pauvres ayant eu 6 enfants. Sa mère est morte, à 12 ans elle est domestique de ferme, à 30 ans elle est attirée par une tante qui habite Lyon et s'y place comme domestique, le dimanche elle ne sort que pour aller à l'église, à 37 ans elle va à Paris parce qu'elle y est mieux payée dit-elle, elle est domestique et fait plusieurs places d'où elle emporte un bon souvenir ; la durée moyenne de ses séjours dans une place est de 3 à 4 ans. Elle est restée 2 ans dans la dernière. Elle a toujours vécu isolée des autres

domestiques, elle se montrait avare disant elle-même que pour ne pas faire de dépenses inutiles elle choisissait l'église et le concert de musique militaire ; par ailleurs elle était méfiante, n'aimait pas la vie de Paris, y demeurant étrangère, craignant son vacarme et ses odeurs. En juillet 1928 elle va passer trois semaines dans son pays natal, y achète la maison où est morte sa vieille tante. Lorsqu'elle revient à Paris ses maîtres sont encore absents, elle est seule et commence à se sentir inquiète, elle ressent des bouffées de chaleur, des oppressions, elle a peur dans les couloirs où elle voit des lumières, elle sent des odeurs fétides, « tout Paris sentait le chien crevé », ses aliments ont un mauvais goût, elle souffre d'insomnies. Son patron revenu de vacances est un peu étonné de son comportement et fait venir un médecin qui porte le diagnostic de délire de persécution. Par deux fois elle est convoquée au commissariat de police et comme elle ne s'y rend pas elle est emmenée à l'infirmerie spéciale, puis à Sainte-Anne ; en août 1928 elle est transférée à Vaucluse. A l'examen elle apparaît comme orientée, mnésique, elle raconte son histoire et ne présente plus d'hallucinations. Ses idées de persécution ne se systématisent pas : au contact des malades qui présentent des hallucinations olfactives, elle s'est demandée si ses sensations n'étaient pas dues à la malveillance des autres domestiques. L'examen physique montre qu'elle est à l'âge de la ménopause ; elle dort bien, reprend du poids.

L'étiologie de cet épisode délirant est intéressant ; on y trouve deux facteurs : un facteur organique, la méno-

pause, avec ses phénomènes d'oppression, de chaleur, d'anxiété ; un facteur psychologique : cette malade revenait d'un congé passé dans son pays natal, elle s'était retrouvée chez ses patrons isolée ; d'autre part la psychologie habituelle de cette femme est intéressante également. Elle vit à l'écart de tout le monde ce qui pourrait faire croire à une débilité mentale ou à une paranoïa, mais cette femme gagne sa vie, ses patrons sont contents de ses services, elle a des projets d'avenir, ce n'est pas une paranoïaque car elle a l'affection de ses patrons et a gardé de bonnes relations avec ses parents et amis de son pays. Sa méfiance, sa prudence un peu hostile à tout ce qu'elle ne connaît pas, ses réactions de prudence appartiennent à une mentalité paysanne d'autrefois, elle a une mentalité paradoxale pour le milieu parisien où elle vit : c'est une anachronique mentale. Ces gens, désadaptés des milieux urbains, ne font plus tache quand ils sont replacés dans leur milieu naturel et y vivent normalement, tandis que l'aliéné est discordant partout.

Nous avons pu aussi réunir des observations d'étrangers faisant des troubles mentaux peu individualisés et paraissant en rapport avec le dépaysement.

OBSERVATION N° 13. — C'est une Polonaise venue en France et qui n'a pu s'adapter au travail dans notre pays. Elle a été internée après une période de vagabondage.

Czor... Mélania, 30 ans.

Certificat du 10-8-38 : Inculpée au décret du 2 mai 1938 (art. 2 et 3), est atteinte de débilité mentale très accusée

avec vagabondage, « perpétuelle errance », attitude bizarre, rire sans motif, grimaces nombreuses, signes de discordance, inadaptabilité sociale foncière. Elle était en état de démence au sens juridique du terme au moment de l'action et doit être tenue pour pénalement irresponsable. Son état nécessite son internement dans un hôpital psychiatrique soumis au régime de la loi du 30 juin 1938. — Signé : D^r CELLIER.

Certificat du 13-8-38 : Syndrome d'anbivalence affective et d'inadaptabilité sociale sur fond de débilité mentale évoluant vers la schizophrénie chez une Polonaise déracinée. A maintenir. Peut être transférée. — Signé : D^r COUREON.

Immédiat du 19-8-38 : Est atteinte de débilité mentale avec inconscience, sourires peu adaptés, elle ne sait pas le mois ni l'année. Se serait trouvée en état de vagabondage par suite de non-renouvellement de sa carte de travail. A maintenir. — Signé : D^r VIÉ.

Quinzaine 3-9-38 : Atteinte de débilité mentale avec inconscience, ferme volonté de ne pas travailler. Polonaise arrêtée pour vagabondage et disant ne pas vouloir renouveler sa carte de travail. A maintenir en attendant le rapatriement. — Signé : D^r VIÉ.

T. A. 12-7. Urine normale. Urée sanguine 0,25. BW. négatif dans le sang. Bien réglée. Augmentation de 8 kg. en 4 mois 1/2.

Cette femme était en France depuis 7 ans, elle y était venue avec son frère et sa belle-sœur, il y a 4 mois qu'elle

ne travaille plus. L'éloignement du pays, la condition sociale malheureuse, l'isolement ont joué dans l'éclosion de cette psychose un rôle certain.

Nous avons pu observer une vieille dame : Mme De..., Vve Ch..., ayant été obligée de venir vivre avec ses enfants à Saint-Denis, qui au bout de peu de temps manifesta des troubles mentaux consistant en un état dépressif avec tentative de suicide : elle se jeta dans un ruisseau qui « coule, dit-elle, au bas du jardin derrière les ordures ». A l'asile elle récupéra assez rapidement l'intégrité de ses fonctions mentales. Le dépaysement, la transplantation brutale avaient joué un rôle capital dans l'éclosion de cet épisode anxieux.

La grande ville attire, anons-nous dit, certains déséquilibres qui courent sans cesse à la recherche de leur introuvable équilibre. Nous avons pu en voir ainsi un cas que voici :

OBSERVATION N° 13. — Mme Ma... Juliette, divorcée Ma..., 49 ans, marchande ambulante, internée déjà une fois.

Certificat du 1-4-39 : Débilité mentale. Imagination poétique pauvre et débordante. Nombreux écrits et imprimés, thème patriotique et secourable. Avis aux personnalités les plus hautes : président de la République, duc de Windsor, président du Conseil. Lettre de pur amour à M. Daladier. Dit « en être aimée comme une mère ». Possibilité de phénomènes psychosensoriels sous-jacents, mais dont l'existence est fortement niée, les déclarations d'endo-magnétisme,

d'hypnotisme, lors de l'internement février-avril 1938, n'étant selon ses dires plus fondées. Se dit poursuivie par des anarchistes, mais y trouve au fond un témoignage de son importance affective et spirituelle. Aurait quitté depuis deux mois à Perpignan le domicile de sa sœur qui aurait obtenu sa sortie à condition qu'elle se rendît chez elle. Arrêtée auprès du domicile du président du Conseil à qui elle voulait remettre des messages d'admiration et d'amour personnel. — Signé : D^r BROUSSEAU.

Certificat du 2-4-39 : Est atteinte d'excitation psychique à thème délirant de vanité poétique, de mission patriotique, d'érotomanie, idée d'influence exercée sur elle et par elle (communication de pensée), hallucination psychique très probable, interprétation, imagination prépondérante. Venue une seconde fois de Perpignan à Paris par étapes, vendant ses poésies, pour conseiller et manifester son amour au président du Conseil. Déjà internée dans des conditions analogues en 1938. Fond de débilité mentale, tremblement digital et lingual, couperose, gros foie, œdème des membres inférieurs, pupille droite excentrique, appoint éthylique possible, ménopause. A maintenir. — Signé : D^r X. ABÉLY.

Immédiat, 11-4-39 : Est atteinte de déséquilibre mental avec subexcitation verbale. Activité poétique et patriotique. Croyance exagérée à l'importance de son activité : « Je finis par croire que je suis un petit oiseau qui porte bonheur à la France ». Intention de télépathie avec des personnalités gouvernementales. Démarche auprès de M. Daladier. Inter-

née l'an dernier dans des circonstances du même genre. A maintenir. — Signé : D^r VIÉ.

Quinzaine 24-4-39 : Est atteinte de déséquilibre mental avec subexcitation verbale. Malade inoffensive. A maintenir en attendant son rapatriement. — Signé : D^r VIÉ.

T. A. 15-8. Urée sanguine 0,30. Urine normale. BW. négatif dans le sang.

Cette malade, déséquilibrée subexcitée, a eu une vie errante, ne réussissant à se fixer nulle part ; c'est une marchande ambulante, incapable d'avoir une activité productive. Le thème de son délire est essentiellement politique : « J'ai commencé à écrire à M. Daladier quand les circonstances l'ont mis en vue et que j'ai vu que je pourrais l'aider ». Elle a écrit plus de 600 lettres à MM. Lebrun, Chautemps, Laval. Mais ce qui est intéressant dans ce cas particulier, c'est l'attraction qu'exerce sur cette malade la grande ville. Pour y parvenir, elle va de ville en ville en vendant des poésies et divers petits objets de colporteurs. C'est une déséquilibrée, mais c'est aussi une débile. Plusieurs facteurs ont agi dans ce cas : le terrain, c'est-à-dire la débilité et le déséquilibre, d'une part ; et d'autre part, un facteur social : dans une grande ville comme Paris, cette malade n'a pu demeurer en liberté à cause de son activité près d'hommes politiques.

Cette femme fait penser au papillon attiré par la lumière de la lampe et qui s'y brûle les ailes. En effet il est probable que si cette malade était demeurée dans un milieu rural, son déséquilibre et sa débilité ne l'auraient pas fait

éliminer de la collectivité, alors qu'à Paris son élimination a été rapide. A l'asile elle se montre calme et docile et paraît actuellement améliorée ; replongée dans la vie sociale, elle ne tardera pas à manifester à nouveau les mêmes troubles. C'est une malade désadaptée, ou plutôt inadaptée, qu'il faudrait essayer d'adapter à un niveau plus bas que le niveau de la vie moderne d'une grande ville.

OBSERVATION N° 15. — Mlle Ep... Isabelle, étudiante, âgée de 20 ans, Polonaise également. C'est une jeune fille qui à Paris a été livrée à elle-même, changée brusquement de mode de vie dans un pays absolument neuf pour elle, dont elle parlait la langue très imparfaitement. Elle a fait un accès d'excitation maniaque qui s'est amélioré en quelques mois.

Certificat de placement 21-9-38 : Vient de l'hôpital Henri-Rousselle. Excitation délirante à type de bouffée polymorphe. Excitation psychique, déclamations peu cohérentes, chants, cris, syndrome hallucinatoire flou, anxiété paroxystique. Agitation interne avec opposition, hostilité et violences. — Signé : D^r PICHARD.

Immédiat 22-9-38 : Est atteinte d'excitation psychique. Loquacité, familiarité, plaisanterie, cris, orientation parfaite, irritabilité, récriminations, opposition. Allégation ironique d'hallucinations auditives. Réflexes tendineux vifs. Teint bronzé. A maintenir. — Signé : D^r X. ABÉLY.

La malade durant son séjour à l'asile est excitée, mal-

propre, désordonnée, répond mal aux questions posées, se montre impulsive.

Des parents habitant la France déclarent que dès son arrivée en France ses fréquentations de certains milieux d'étudiants l'entraînèrent à boire immodérément et à mener une vie quelque peu désordonnée marquant ainsi un brusque changement avec son précédent mode de vie. A noter dans sa famille des antécédents d'aliénation mentale. Par contre l'examen physique est en tout point satisfaisant.

Dans ce cas particulier le facteur social de dépaysement brusque avec transplantation a certainement eu une influence importante. La malade pratiquement guérie est repartie en Pologne dans son milieu familial. C'était de beaucoup la meilleure solution thérapeutique et prophylactique de futurs accès possibles.

OBSERVATION N° 16. — Mlle Sef... Elmas, 30 ans.

C'est une Arménienne née à Constantinople, orpheline à 2 ans. Elle part en Italie avec son orphelinat, puis de là en France.

Certificat du 4 mai 1939 : Présente un état dépressif atypique. Oppression, tristesse vague avec bouffées anxieuses, idées floues de persécution, crainte d'être empoisonnée, bizarrerie de l'attitude, sourires discordants, troubles du caractère avec irritabilité, impulsions coléreuses, instabilité motrice. Aurait exprimé des idées de suicide. Notions de crises épileptiformes. L'état psychopathique de cette malade

nécessite son internement dans un asile d'aliénés. — Signé : D^r PICHARD.

Certificat du 5 mai 1939 : Est atteinte d'une bouffée délirante avec idée imprécise de persécution. Crainte obsédante d'empoisonnement. Conscience partielle de l'état pathologique. Inquiétude, méfiance, opposition, irritabilité, turbulence anxieuse épisodique, fond de débilité et de déséquilibre mental. Aurait présenté des crises épileptiques. Amaigrissement. A maintenir. Peut être transférée. — Signé : D^r X. ABÉLY.

Immédiat 9-5-39 : Présente un état de dépression mélancolique avec inquiétude, peur de mourir, crainte qu'on ne l'empoisonne, scrupules multiples, idée d'incurabilité. Céphalée, troubles du sommeil, amaigrissement. Orpheline arménienne transplantée en Italie puis en France. A présenté des accident de tuberculose pulmonaire. A maintenir. — Signé : D^r VIÉ.

Quinzaine 22-5-39 : Présente un accès de dépression mélancolique avec idée d'empoisonnement, d'incurabilité. Inquiétude, désir nostalgique de retourner à Villepinte. — Signé : D^r VIÉ.

T. A. 17-7. Urines normales. Urée sanguine 0,30. BW. négatif. Tuberculose pulmonaire.

Elle raconte elle-même ses pérégrinations en ces termes :
« J'ai toujours été malade, je crois que je suis venue au monde malade, j'ai perdu mes parents très jeune, ils ont été tués pendant la guerre de 1919 avec une de mes sœurs :

ils étaient exilés arméniens. J'ai un frère qui est à Constantinople... J'ai été chez les Sœurs en Arménie, puis en Italie et après nous sommes venues en France et je suis restée avec les Sœurs françaises à Villepinte... J'ai aussi été dans un sana... Je voulais un idéal dans la religion. »

Cette malade actuellement très déprimée s'est trouvée dès sa naissance dans des conditions sociales défavorables : de par sa nationalité : les Arméniens ont en effet été chassés de partout ; de par sa situation familiale : c'est une orpheline. Ce sentiment d'instabilité qu'elle exprime quand on lui parle est en rapport avec tous ses changements ; elle cherchait un refuge d'elle-même dans cette forme de vie réduite qu'est le monastère, mais la maladie l'a empêchée. C'eût été cependant une bonne solution pour cette femme que la vie a forcée à être errante et presque isolée.

OBSERVATION N° 17. — Mlle Oun... Aïcha, 29 ans, Algérienne.

C'est une véritable épave sociale, inadaptée, débile que le mode de vie européen a poussée à la prostitution, ainsi que nous le disions dans un précédent chapitre. La vie moderne l'a éliminée comme débile et comme transplantée inadaptée.

Certificat 11-3-39 : Agitation motrice, cris, chants, opposition continue. Propos incohérents. Vient de la prison Saint-Lazare. Fille soumise. Aurait présenté brusquement un accès d'excitation avec violence contre l'entourage pen-

dant la nuit. Examen physique très difficile, résistance, tentative de morsure. Abolition probable des réflexes tendineux. Rigidité pupillaire. Ecchymose de la paupière gauche supérieure. — Signé : D^r HEUYER.

Certificat du 12-3-39 : Est atteinte d'excitation psychique avec déclamation, cris, agitation très marquée, violence, agressivité, opposition. Légère fièvre : 38°. Réflexes tendineux vifs. Pupilles paresseuses. Foie diminué de volume. Tuberculose pulmonaire, dit avoir été traitée par pneumothorax. Appoint éthylique. Tatouage. Prostitution (Ouled-Naïl). A maintenir. — Signé : X. ABÉLY.

Certificat du 22-3-39 : Est atteinte d'exaltation mentale avec graves troubles du caractère, irritabilité, agitation. Bacillose pulmonaire. Fièvre variable. Nombreux B. K. dans les crachats. A transférer couchée dans le service spécial des tuberculeuses à Maison-Blanche. — Signé : D^r GUIRAUD.

Immédiat 5-4-39 : Est atteinte de débilité mentale avec accès d'excitation récent. Epave sociale ; dit être devenue fille soumise après quelques années de service domestique. Vient de Saint-Lazare. Tuberculose pulmonaire bilatérale. Hypotension artérielle, fatigue. Placée au pavillon sanatorial. A maintenir. — Signé : D^r VIÉ.

T. A. 9-6. Urines normales.

Cette malade transplantée très jeune d'Algérie en France (12 ans) a fait de nombreuses places comme bonne, puis elle est tombée dans la prostitution peu à peu, entraînée par les plaisirs qu'offre la grande ville, isolée, peu protégée

par elle-même. Son état physique actuel est mauvais, l'infiltration tuberculeuse pulmonaire est bilatérale et étendue. C'est, comme nous le disions au début de l'observation, une véritable épave dont le dépaysement a fait le malheur et a entraîné l'élimination de la société doublement : par la maladie mentale et par la maladie physique.

CHAPITRE III

Psychoses réactionnelles

Se développant dans le cadre de la vie urbaine, les psychoses réactionnelles deviennent de plus en plus nombreuses. Elles ont fait l'objet d'études de Bleuler, Kraepelin, Kretschmer, Mignard, Montassut, Lévy Valensi, Vié, Urechia. Ce fléau s'est étendu dernièrement sur une catégorie de sujets de plus en plus nombreux, de moins en moins tarés, dont Leconte a étudié quelques cas. En 1933, Birnbaum a pu faire une étude d'ensemble sur « la sociologie des névroses ». Il y a quelques années, ces psychoses se manifestaient dans des conditions différentes de l'heure actuelle : c'étaient des psychoses d'insatisfaction, d'infériorité se développant dans des pays soumis à une stricte hiérarchie en rapport avec une longue subordination, des positions d'attente, des humiliations et une impossibilité de réaliser une personnalité propre. Les manifestations de ces psychoses étaient représentées par de l'hypocondrie, de l'irritabilité, de la nervosité, des insomnies, un dégoût du travail. Le type en était la « maladie du 1^{er} Lieutenant » décrit par les auteurs allemands, que Bumke retrouve encore dans les milieux universitaires. Opposées à ces psy-

choses se trouvent les psychoses de responsabilité, peu connues en France il y a quelque temps. Actuellement elles deviennent de plus en plus nombreuses depuis que l'évolution moderne fait de tous les ouvriers des grandes usines les conducteurs d'un appareillage mécanique complexe. Sur chaque ouvrier pèse la préoccupation de la faute possible. Les conflits sociaux se sont ajoutés aux conditions de travail. M. Leconte en a précisé le rôle dans le déterminisme de certaines psychoses.

Hellpach a proposé de rattacher les psychoses d'insatisfaction et d'infériorité à l'hystérie et les psychoses de responsabilité à la neurasthénie. Pratiquement il semble que plus un trouble mental se rapproche du normal, moins il relève d'une étiquette étroite, il s'agirait plutôt d'un épuisement fonctionnel du système nerveux.

L'importance du facteur émotionnel a été mis en valeur par Urechia et Chavany, mais il y a toute une série de traumatismes psychiques de l'affectivité et des fonctions plus complexes de l'intelligence : comme les déceptions, les chagrins de longue durée, les pertes d'argent, de situations, d'une personne aimée, des conflits avec le milieu ambiant, dans le service. Tous ces traumatismes peuvent s'amasser puis à un certain moment réagissent par une psychose. Quelquefois le motif ultime est futile, mais il faut, par une enquête étiologique, préciser l'ensemble des faits précédents. Ces causes psychogènes demandent pour se développer un terrain : la dégénérescence est le terrain particulièrement propice des affections psychogènes. Ces sujets ont souvent

un tempérament excessif, ce sont des émotifs très réceptifs aux tensions et aux conflits psychologiques. L'alcoolisme, le surmenage, l'épuisement physique et nerveux, la puberté ou la ménopause unissent leur action à celle du terrain et des causes occasionnelles pour faciliter le déclenchement de la psychose. En somme, à l'origine de la psychopathie il y a une constellation de causes convergentes. Il faut signaler que dans certains cas on ne trouve pas de tare héréditaire et de dégénérescence et un choc émotif peu intense cependant suffit à provoquer une réaction morbide ; peut-être pourrait-on là envisager une explication psychanalytique : la sommation des chocs émotifs antérieurs s'étant opérée d'une façon inconsciente.

Pratiquement les tableaux cliniques réalisés par les psychoses réactionnelles peuvent être variés : assez fréquemment c'est une dépression avec une asthénie particulièrement intense, les idées exprimées par les malades sont en rapport avec leur situation ou avec les événements ; on peut ainsi observer une forme mélancolique réactionnelle dont les éléments sont en rapport avec l'étiologie psychogène. Souvent les malades ont une tendance à oublier, à refuser de se rappeler le traumatisme qui a occasionné la maladie : telle cette malade citée par Urechia qui refusait de croire que ses parents étaient morts alors qu'elle les avait vu se pendre sous ses yeux. Le désir d'écarter, d'oublier les circonstances psychogènes se traduit chez certains par une tendance aux fugues. La stupeur, les formes maniaques se rencontrent également. Une réaction particuliè-

rement fréquente quand ses causes psychogènes sont des troubles sociaux est la réaction anxieuse. Cet état est d'une intensité très variable d'un moment à l'autre, il traduit les préoccupations du malade, il est plus ou moins accompagné de dépression ou de confusion. Les malades présentent souvent des hallucinations qui sont la traduction de ce qui les obsède. Lorsque les psychoses réactionnelles affectent le caractère de la confusion mentale, on observe surtout la forme agitée plus souvent que la forme stuporeuse, là encore les malades peuvent transposer leurs réactions morbides dans leur sphère prédominante d'occupation.

Quelquefois on observe des états schizophréniques, mais ils ne conduisent pas à la démence.

Quant à l'évolution de ces psychoses elle est variable, les unes durent quelques jours, d'autres s'étendent sur des mois et des années, mais d'une façon générale leur pronostic est favorable. Leconte, sur les 28 cas qu'il a rapportés dans sa thèse, a obtenu 21 guérisons.

Nous avons vu plus haut que le déclenchement de ces psychoses demandait la réunion de plusieurs causes : terrain et choc émotif antérieur. Les récents événements sociaux et politiques se sont montrés particulièrement propices à l'action de ces causes : en France les conflits sociaux, hors de France le conflit espagnol, les conquêtes de plusieurs pays. L'ensemble des psychoses observées peut se grouper sous deux rubriques : les délires de grèves, étudiés par Delmas-Marsalet et Leconte, et les psychoses de guerre. Mais en plus de ces deux séries de manifestations psycho-

pathiques les difficultés de la vie, la lutte incessante qu'il est nécessaire de mener pour trouver une situation, la multiplication des échecs ont entraîné des psychoses réactionnelles que notre Maître le Dr Vié a étudiées sous le nom de réactions psychopathiques ébauchées. Nous avons relaté dans un précédent chapitre ses six observations qu'il nous avait autorisé à publier. Le fait nouveau et intéressant pour la thèse que nous soutenons, c'est que les psychoses réactionnelles se multiplient en fonction de l'augmentation des difficultés de la vie. Les psychoses réactionnelles citées il y a quelques années avaient surtout pour point de départ des chocs affectifs : perte d'un fiancé, d'un mari. Tandis que celles qu'il nous est donné d'observer maintenant ont pour base une grève, un renvoi, le chômage, la peur de la guerre, la peur de la révolution. Cela ne veut pas dire, évidemment, que les anciennes causes n'agissent plus.

Nous avons pu ainsi réunir deux observations de psychoses réactionnelles.

OBSERVATION N° 18. — Mme Au... Céline, femme Lomb..., âgée de 47 ans, passementière.

La malade logeait dans un immeuble où se réunissaient un grand nombre d'étrangers dont l'activité était d'une honnêteté douteuse ; elle prit peur de ses voisins.

Certificat du 5 mai 1939 : Présente une psychose d'aspect paranoïde. Syndrome hallucinatoire diffus et imprécis. Idées délirantes polymorphes et stupides exprimées sur un

ton de détachement et d'indifférence. Sourires, maniérisme, bizarreries de l'attitude. Idées intriquées de grandeur, de persécution et d'influence. On a voulu tuer tout le monde dans la maison à coups de stylomine, Jouhaux veut y instituer le communisme. On a dit que son corps était vendu à l'Allemagne 200.000 francs mais elle a fait opposition. Elle fait partie des académies de médecine de Toulouse, Bordeaux, Gien, qui vont lui donner chacune 100.000 francs. On la photographie toute nue et même en période de menstruation. Le Dr B... l'a autorisée à boire 20 litres de vin par jour, mais elle ne se sert pas entièrement de la permission donnée... Trouble évoluant depuis un an environ. L'état psychopathique de cette malade nécessite son placement dans un asile d'aliénés. — Signé : Dr PICHARD.

Certificat du 7 mai 1939. — Est atteinte d'une psychose hallucinatoire chronique avec hallucinations auditives terrifiantes ou flatteuses, idées délirantes très actives de persécution, de vanité, d'influence, thème imprécis, réaction anxieuse. Insomnie, épisodes oniriques probables, désordre des actes, couperose, tremblement digital, foie ptosé, éthylisme certain, allure subaiguë du délire. Peut être transférée. — Signé : Dr X. ABÉLY.

Immédiat 12 mai 39 : Présente un "délire hallucinatoire paraissant actuellement en voie de régression, elle dit n'en plus rien croire, néanmoins elle a cru que le Guépéou avait disposé des appareils pour l'endormir et elle maintient toujours qu'on l'a photographiée nue à travers les murs. Elle

paraît avoir eu il y a 2 ans une poussée hallucinatoire moins importante. Légère hypertension artérielle. Tremblement des mains. A maintenir. — Signé : D^r VIÉ.

Quinzaine 26 mai 39 : Présente un délire hallucinatoire d'origine émotive en voie de régression. La malade se rend compte de l'impossibilité des allégations qu'elle a faites et les met sur le compte de la peur qu'elle éprouve sans cesse depuis que de nouveaux voisins occupent la maison où elle était elle-même depuis 32 ans. Calme. A maintenir. — Signé : D^r VIÉ.

T. A. 17-10. Urée sanguine 0,35. Urines normales. BW. négatif.

Cette malade est maintenant très améliorée, en voie de guérison après avoir fait cet épisode délirant, diffus. La venue des étrangers dans sa maison a été le choc émotif déclanchant la psychose. Il y a en plus un facteur de dépaysement si on peut dire : il y avait 32 ans qu'elle était dans sa maison ; la venue d'éléments nouveaux a un peu fait disparaître son habituel climat. Déjà il y a 2 ans elle avait fait un tout petit épisode délirant, très flou, à la suite d'un choc émotif : son mari s'était battu avec un homme dans la rue. Elle avait été traitée à la Salpêtrière à ce moment.

OBSERVATION N° 19. — Mme Knoe..., femme Carp...

C'est une Allemande mariée à un Français. Elle a fait une bouffée délirante à la suite d'un désaccord avec son

entourage politique, qui s'est rapidement améliorée. La malade a fait un séjour de 2 mois et demi à l'asile et a pu être remise en liberté après.

Certificat du 25 mai 39 : Idées délirantes de persécution, interprétations morbides, peut-être hallucinations, odeurs de gaz et menaces épisodiques de mort, anxiété. Son mari est hypnotisé, conviction que son mari et elle sont menacés par des ennemis, sans doute des Allemands. Présentation spontanée au commissariat de police à deux reprises, avec son mari puis seule, pour être renseignée sur l'espionnage et l'expérience dont elle est l'objet. Désignation de l'espion qui doit empoisonner des officiers français, des soldats, des jeunes filles. Début des troubles psychiques il y a une huitaine de jours. Myosis, rigidité de la pupille droite, paresse de la pupille gauche. — Signé : D^r HEUYER.

Certificat du 26 mai 39 : Est atteinte d'un délire de persécution avec interprétation prédominante. Réaction dépressive et anxieuse, se croit menacée par un Allemand qui veut commettre de nombreux crimes en France. Fréquentation réelle de milieux politiques militants, démarche au commissariat. Anémie, tremblement de la langue, cicatrice de laparotomie. A maintenir. Peut être transférée. — Signé : D^r X. ABÉLY.

Immédiat 31 mai 39 : Présente un état anxieux avec idées délirantes de persécution et hallucinations auditives. Se sentait l'objet de méfiance de son entourage politique, pensait être empoisonnée ainsi que son mari. Doutes sur la

réalité de ses persécutions. Pupille droite rigide myotique, pupille gauche paresseuse. — Signé : D^r GOURIOU.

T. A. 13-8. Urée 0,25. BW. négatif. Urines normales.

Cette malade étrangère de naissance a présenté une bouffée délirante très passagère à la suite de discussions politiques. Le facteur émotif est en rapport avec des événements sociaux. Le pronostic est bon, mais néanmoins il y a une certaine sensibilisation à des chocs futurs.

Les événements de politique extérieure réagissent également ; leur disposition est géographique. En effet, ce sont les habitants des régions frontières qui y sont le plus exposés.

Les Psychoses de guerre

L'atmosphère prolongée d'une menace de guerre, le plus grave de tous les dangers, finit par entraîner chez bien des individus des réactions psychiques anormales. La notion de la nature du danger a de l'intérêt car suivant celle-ci les réactions psychiques peuvent varier avec les individus. Depuis des mois nous vivons dans une tension politique européenne qui ne semble pas devoir disparaître de sitôt, et cet état a entraîné des troubles mentaux nombreux. Plus nombreux peut-être qu'on pourrait le croire si on ne se basait que sur les malades internés. M. Pfersdorff en a fait l'étude dans une communication du 29 octobre 1938 à la Société de Médecine de Strasbourg et du Bas-Rhin. Il se trouvait particulièrement bien placé, dans un pays exposé plus que

tout autre aux dangers de la guerre et qui les a connus pendant toute son histoire.

Il y eut de très nombreuses tentatives de suicides, que les journaux ont parfois rapportées.

Parmi les sujets ayant manifesté des réactions psychiques, on peut différencier ceux qui n'avaient pas fait de maladies mentales auparavant et ceux qui avaient déjà manifesté des troubles. Il est évident que cette dernière catégorie se montrera beaucoup plus sensible.

Les maniaques dépressifs sont très sensibles aux phénomènes extérieurs et portés naturellement à des réactions pathologiques ; on peut ainsi citer un cas que M. Pfersdorff a observé : il s'agissait d'une malade à son deuxième accès, âgée de 48 ans, dans une phase dépressive avec interprétation délirante de persécution politique, deux de ses fils avaient été mobilisés. Les déments précoces paraissent peu aptes à réagir en principe à des manifestations extérieures, quelquefois cependant leur impossibilité de s'adapter à des situations nouvelles peut jouer un rôle et M. Pfersdorff cite le cas d'un sujet de 50 ans, ecclésiastique, qui à 18 ans avait fait une psychose hébéphrénique aiguë et n'en avait gardé que peu de séquelles : une certaine originalité. Au moment de la mobilisation un état d'excitation maniaque s'installe : le malade se construit avec les vieilles armes d'une panoplie dans son jardin une « tranchée des baïonnettes » et se met à prier et prêcher autour de cette tranchée. Amené à la clinique de Strasbourg, il en sort guéri après un séjour de 15 jours : son niveau mental n'avait pas baissé, il ne

semble pas qu'il se soit agi d'une rechute de schizophrénie, mais plutôt d'une réaction pathologique à des troubles extérieurs.

On trouve également des maniaques dépressifs et des schizophrènes chez les sujets n'ayant pas été malades auparavant. Voici un cas de dépression excitée chez un homme de 50 ans mobilisé : il n'avait pu s'adapter, sans doute à cause de son âge. Un autre individu âgé de 72 ans a fait un état d'excitation maniaque, suivi de mort, en voyant un groupe d'émigrants passer devant chez lui. Dans ces cas, les rapports de cause à effet sont assez nets. Pour les schizophrènes, la question est plus discutée : pour les uns la schizophrénie ne peut avoir de cause psychogène, c'est une affection organique du cerveau et il est difficile d'admettre qu'un processus psychique puisse induire un processus organique ; cependant Jung admet cette transformation du processus psychique en processus organique et il cite aussi le cas célèbre de la cuisinière qui a fait une catatonie après une rupture de fiançailles. On peut penser que toute réaction affective se traduit par des modifications biologiques fortes et peut être passagère ; telles que des phénomènes vaso-moteurs, qui laissent ensuite des traces durables sur le cortex. Comme le dit M. Pfersdorff, ces troubles vaso-moteurs seraient les « agents de liaison » entre l'organicité de la schizophrénie et sa cause psychogène.

En fait, il y a des cas où la schizophrénie se développe bel et bien après un traumatisme mental et il est difficile d'admettre une simple coïncidence ou un rôle simplement

de catalyseur d'une schizophrénie jusque là méconnue ou latente.

Dans certains cas les événements militaires ont été pathogènes et fournissent le contenu du délire. Tels ce fonctionnaire méticuleux qui fait une excitation maniaque et se croit promu au grade de colonel, cette jeune fille qui durant son excitation maniaque tient des propos en rapport avec la situation.

Voici l'observation d'une malade du service de notre Maître M. Vié où les troubles mentaux ont bien puisé leurs sources dans les événements de politique extérieure.

OBSERVATION N° 20. — Mme Cor... Augustine, veuve Rot..., confectionneuse, âgée de 57 ans.

Cette malade a fait un accès de confusion mentale ayant débuté brusquement à l'occasion de la mobilisation de ses neveux. C'est une fille d'alcoolique, qui présente une tuberculose de forme scléreuse.

Certificat du 6-10-38 : Présente un état confusionnel, excitation psychomotrice, propos incohérents, cris, soupirs, troubles de la mémoire et de l'orientation, syndrome hallucinatoire flou, idées vagues de persécution avec anxiété diffuse et paroxystique, turbulence désordonnée. Absence de renseignements évolutifs. Léger tremblement. Examen neurologique négatif. L'état psychopathique de cette malade nécessite son internement dans un asile d'aliénés. — Signé :
Dr PICHARD.

Certificat du 9-10-38 : Est atteinte d'excitation confusionnelle avec désorientation, confusion des idées, incohérence verbale, fausse reconnaissance, déclamations, turbulence. Onirisme probable. Hallucinations auditives. Fièvre 38°. Tremblement digital, éthylisme possible. A maintenir. — Signé : D^r X. ABÉLY.

Certificat du 23-3-39 : Confusion mentale chronique, amaigrissement progressif. Bacilles dans les crachats. A transférer dans le service des tuberculeuses de Maison-Blanche. — Signé : D^r COURBON.

Immédiat 23-3-39 : Présente un état de confusion mentale avec désorientation complète, impossibilité de fixation de l'attention. Incohérence des propos, fausses connaissances, idées macabres (voit les gens en squelette). Excitation, chants. Amaigrissement considérable, hypothermie, auscultation impossible, expectoration abondante. Placée en pavillon sanatorial. A maintenir. — Signé : D^r VIÉ.

T. A. 12,5-8. Poids 35 kg. 300 (pour 1 m. 52 de taille). Urines normales. B. K. = 0 dans les crachats le 27-3-39.

Le début de la maladie a été brusque : « aux bruits de guerre », quand elle a vu ses neveux, deux jumeaux, mobilisés. Elle a travaillé normalement, puis un soir elle a cessé en déclarant qu'elle était la femme qui avait gagné la guerre.

Cette malade, dont l'état physique est mauvais, est une fille d'alcoolique et a fait une méningite dans l'enfance. Sur ce terrain, s'est développée une psychose brutalement, nous y insistons, lorsque les événements politiques se sont

traduits par une perturbation de son milieu familial : la mobilisation de ses deux neveux qu'elle affectionnait beaucoup n'ayant pas eu elle-même d'enfants.

Les deux observations suivantes présentent une particularité intéressante en ce sens qu'elles concernent la mère et la fille. C'est la mère qui a induit le délire chez la fille.

OBSERVATION N° 21. — (Nous remercions ici M. le Docteur Demay, à l'obligeance duquel nous devons de pouvoir publier cette observation.)

Mme Meu... Alice, Vve Meu..., âgée de 51 ans.

Cette malade avait été transférée de la maison de repos où elle était à Lille à cause des bruits de guerre, et de Lille à Paris. Dans le train qui l'amenait, elle commence à manifester des troubles mentaux qui la font interner ainsi que sa fille à leur arrivée à Paris.

Certificat du 29-9-38 : Est atteinte de débilité mentale. Emotivité, élément éthylique possible. Etat anxieux en rapport avec les événements récents. Ayant quitté Lille par précaution, s'est crue suivie et persécutée ; on veut la supprimer, reconnaît autour d'elle des agents en civil. Proteste qu'elle n'est pas coupable. On l'accusait d'avoir dit dans un train il y a huit jours : « Il y a trop d'étrangers et d'espions, il faudrait les fusiller ». Les étrangers se vengent. Idées analogues de sa fille qu'elle a rejointe à Charleville. Tremblement digital et lingual. Pupilles irrégulières, réagissant bien. Réflexes tendineux vifs. Pouls 92. S'est pré-

sentée à la préfecture de police pour demander protection.

— Signé : D^r LOGRE.

Immédiat 30-9-38 : Est atteinte d'une psychose délirante subaiguë avec interprétations, sentiment d'hostilité du monde extérieur, idées délirantes de plus en plus actives de persécution ; serait poursuivie par une bande d'étrangers et d'espions extrêmement menaçants, réactions anxieuses, fugues, voyage à Paris, refuge à la préfecture de police. Fond de déséquilibre mental avec appoint éthylique, excitation psychique, idées délirantes antérieures, complication récente à la suite d'un projet de remariage. Tremblement digital et lingual. Délire induit chez la fille internée en même temps. A maintenir. — Signé : D^r X. ABÉLY.

Certificat du 4-1038 : Présente un état délirant d'aspect paranoïde et qui serait d'apparition récente. Très tourmentée par les bruits de guerre, elle est allée chercher sa fille qui se trouvait dans les Ardennes. Elle s'est aperçue qu'on la suivait dans le train, gaz asphyxiants, signaux, elle a eu l'intuition qu'elle était condamnée à mort. Depuis ce moment voix, odeurs, nourriture empoisonnée, cachets de cyanure de potassium, injection de produits microbiens. Elle résiste à tout, elle est une chose immatérielle, elle a un signe providentiel, elle a été choisie par Dieu, elle a eu des apparitions et proteste de sa lucidité. S'est présentée avec sa fille, à qui elle a communiqué partiellement son délire, à la préfecture de police pour demander protection. — Signé : D^r DEMAY.

T. A. 15-8. Urines normales. Urée sanguine 0,30. BW. négatif (Meinicke partiellement positif, Kahn douteux).

La malade se montre calme, orientée, moins inquiète. Elle a été transférée à l'hôpital psychiatrique de Bailleul le 14 novembre 1938. Les troubles mentaux persistaient et semblaient définitivement installés.

OBSERVATION N° 22. — Mlle Meu... Andrée, 25 ans.

C'est la fille de la précédente malade. Son délire induit n'a pas tardé à disparaître dès qu'elle a été internée et séparée de sa mère, à tel point qu'elle a pu sortir en liberté en octobre 1938.

Certificat du 29-9-38 : Est atteinte de débilité mentale et physique. Emotivité anxieuse en rapport avec les événements récents et sous l'influence du désarroi de sa mère (sorte de délire émotif à deux). Sa mère se croit suivie et persécutée par des étrangers qui veulent la supprimer, sa fille partage les mêmes craintes. Se sont présentées toutes deux à la préfecture de police pour demander protection. Elle venait de Charleville, y a été rejointe par sa mère venant de Lille, toutes deux horrifiées par les évacuations imminentes. Néphrectomie il y a un mois et demi. Pleurite du sommet droit à 15 ans. Actuellement sommet droit suspect (craquements). Maigreur. Fatigue. Pouls 100. — Signé : D^r LOGRE.

Certificat du 30-9-38 : Est atteinte de débilité mentale, suggestibilité, emotivité superficielle, désintérêt profond, as-

thénie. Bradypsychie, anémie, amaigrissement, tuberculose pulmonaire, néphrectomie récente pour tuberculose rénale, cicatrice d'appendicectomie. Délire de persécution inconsistent induit par sa mère internée en même temps. A maintenir. Peut être transférée. — Signé : D^r X. ABÉLY.

Immédiat 3-10-38 : Affeinte de déséquilibre mental avec émotivité, a présenté sous l'influence d'un fléchissement de l'état général et de chocs émotifs répétés un état délirant dont le thème lui a été communiqué par sa mère (délire à deux). Réfugiées des Ardennes à Lille puis à Paris, les deux femmes ont cru qu'elles étaient poursuivies, épiées et se sont adressées à la police pour demander secours. Actuellement, la malade se montre calme, lucide et apprécie parfaitement le caractère pathologique de son état antérieur. Néphrectomie récente. Tuberculose pulmonaire. A observer. — Signé : D^r DEMAY.

Quinzaine 18-10-38 : A fait un accès délirant d'origine émotive en rapport avec l'évacuation de la région où elle habitait. Rectification des idées délirantes induites par la mère. Elle pourra être remise en liberté dès que l'on saura si la maison de convalescence où elle était peut la recevoir à nouveau. — Signé : D^r VIÉ.

Urines normales. BW. négatif. T. A. 12-8. Urée sanguine 0,30.

Ces deux malades sont très différentes mais toutes deux relèvent bien évidemment de la série des psychoses de guerre : le choc émotif violent a suffi à susciter chez la

mère, puis chez la fille, la psychose. Chavany a bien montré le rôle de l'émotion dans l'éclosion de ces psychoses, comme nous l'avons déjà dit ; mais leur destinée n'a pas été identique : chez la mère les troubles ont persisté tandis que chez la fille en dépit du terrain mental (débilité) et physique (fatigue, tuberculose) ils se sont améliorés d'une façon très rapide.

Une dernière observation montre encore l'influence des événements de septembre 1938 comme facteur de psychose.

OBSERVATION N° 23. — Mme Ja..., femme Talk..., 36 ans.

Les troubles mentaux ont débuté très brusquement, le 29 septembre 1938 précise la famille, « au moment des bruits de guerre ».

Certificat du 3-11-38 : Est atteinte de débilité mentale. Idée délirante de persécution à l'égard de sa propriétaire, interprétations. Elle entendait dire : « C'est bientôt la Toussaint, on s'en débarrassera ». On cherche à l'empoisonner. Méfiance, hostilité à l'égard de l'entourage hospitalier, opposition. Réactions dépressives par intervalles. Tristesse, anxiété, idée de suicide. A fait récemment une tentative par strangulation. Irrégularité et inégalité pupillaires, pupille droite rigide et punctiforme. Double souffle aortique. Réactions de BW., Meinicke et Kahn négatives dans le sang, l'opposition rendit la ponction lombaire impossible. L'état mental nécessite le placement de cette malade dans un asile d'aliénés. — Signé : D^r GÉNIL-PERRIN.

Certificat du 6-11-38 : Est atteinte de délire subaigu avec interprétations, possibilité d'hallucinations auditives, idées délirantes de persécution, d'empoisonnement, de jalousie des voisins, crainte d'être tuée ainsi que ses enfants. Réactions anxieuses, opposition, inquiétude constante, idées et tentatives de suicide. Pupille droite un peu paresseuse. Une fausse couche. Réflexes tendineux vifs. Lésion aortique probable. Cicatrice de césarienne. Fond de débilité mentale marquée, appoint éthylique probable. A maintenir, peut être transférée. — Signé : D^r X. ABÉLY.

Immédiat 9-11-38 : Est atteinte de débilité mentale avec bouffée délirante subaiguë. Interprétations de paroles de l'entourage, de signes. Désorientation partielle. Récit d'une tentative de suicide par strangulation. Inquiétude. Signes physiques de dégénérescence. Fatigue générale, souffles cardiaques. A maintenir. — Signé : D^r VIÉ.

Quinzaine 22-11-38 : Est atteinte de débilité mentale avec bouffée délirante subaiguë en voie d'amélioration. Persistance des convictions délirantes et d'inquiétude. A maintenir. — Signé : D^r VIÉ.

T. A. 17-10. Urines normales. Urée sanguine 0,27. BW. négatif.

Sur ce terrain préparé par la débilité, un incident émotif : les événements de septembre 1938, encore une fois, suffit à déclancher un épisode anxieux qui s'est partiellement amélioré. La malade a pu sortir en mars 1939.

L'ensemble des observations que nous venons de voir

nous paraît démonstratif de ce que l'on appelle les psychoses de guerre et vient à l'appui des conceptions de M. Pfersdorff.

Conditions de vie et de travail

Sans que les troubles sociaux ou internationaux aient à intervenir, bien des manifestations mentales pathologiques peuvent trouver une explication dans les conditions du travail et de la vie modernes. Le travail qui réunit le plus d'éléments défavorables pour l'hygiène mentale est certainement celui des grandes usines des centres industriels parisiens. A l'usine, l'ouvrier se trouve dans un immense atelier soumis à la rigueur inflexible du travail à la chaîne, suivant les systèmes Taylor ou Bedaux : ils ont pour but d'augmenter le rendement par unité. Mais cette intensification du rendement a pour effet d'amener chez l'ouvrier une usure précoce. Le travail trop intense est en effet plus coûteux du point de vue physiologique. Chaîneau en France, Atzler en Allemagne ont cherché à préciser les conditions optima du travail en se fondant sur la quantité d'oxygène employée, puisque c'est un moyen assez précis de pouvoir juger la quantité d'énergie dépensée. Pour Dücker le travail à la chaîne n'est pas une cause de fatigue supplémentaire : des automatismes bien réglés permettent au contraire une économie d'efforts.

Certaines professions semblent particulièrement propices au développement de troubles mentaux. Pour Shiff, la

profession, « en tant que cause sociale de la folie, est difficile à séparer des causes prédisposantes qui ont leur source dans l'individu ». Les psychopathies professionnelles ne sauraient avoir des manifestations très différentes des autres psychopathies : il n'y a pas de profession qui soit la cause d'une psychopathie spécifique. Schiff, Charpentier, Toulouse, Marie, Coulonjou ont étudié la fréquence des troubles mentaux dans certaines professions. Cette étude acquiert une grande importance par ses conséquences socio-médicales et aussi médico-légales. Ce dernier point de vue est moins intéressant pour la présente étude. Les agents chimiques utilisés dans de nombreuses industries sont fréquemment le point de départ de psychopathies. Nous citerons le rôle du plomb, du mercure, du sulfure de carbone, de l'alcool industriel. Lorsqu'ils occasionnent des troubles mentaux, les manifestations paraissent identiques aussi bien lors de la phase d'invasion que lors du passage à la chronicité ; l'intoxication mercurielle se traduit au début par des signes analogues à ceux de l'intoxication alcoolique : irritabilité, émotivité, anxiété. Ce qui vient à l'appui de la thèse de Schiff, c'est que le diagnostic étiologique n'est pas fait par la constatation de certains symptômes spécifiques mais par une enquête et la recherche des antécédents. Imbert Goubeyre a décrit des psychoses par intoxication cyanhydrique, d'autres auteurs ont encore décrit des psychoses par divers agents chimiques qui sont niées actuellement. Cependant l'utilisation sur une échelle de plus en plus grande des carbures aromatiques entraîne des maladies professionnelles

accompagnées de troubles mentaux : Schiff a signalé à plusieurs reprises l'existence d'un syndrome fait de dépression anxieuse et d'anémie hypochrome chez des ouvriers en caoutchouc. Il a même observé un syndrome paranoïde transitoire chez une ouvrière travaillant dans une usine de condensateurs.

A côté des agents chimiques, nombre d'auteurs ont voulu faire jouer un rôle aux agents physiques. Moreau, de Tours, accordait une influence à la chaleur, en décrivant la folie des cuisinières ». En fait, les différents troubles mentaux observés dans les professions où les sujets sont soumis à des températures trop élevées paraissent liés à l'artério-sclérose. De toute façon, la profession, quoique n'agissant pas d'une façon déterminante, joue certainement un rôle prédisposant. Des mesures d'hygiène pourraient obvier à cet inconvénient. Les conditions d'éclairage jouent certainement un rôle quoique Feil n'ait pas trouvé de maladies mentales nombreuses chez les mineurs qui travaillent dans l'obscurité. Le rôle de la lumière paraît plus important. L'intensité lumineuse optima (éclairage suffisant sans effet éblouissant), la distribution judicieuse des sources lumineuses exercent un effet favorable, non seulement sur les fonctions visuelles des travailleurs mais aussi sur son tonus psychique.

La trépidation a été accusée de causer bien des troubles. D'après les recherches de Feil, il semble que réellement elle n'entraîne pas de troubles mentaux. Parfois on observe un syndrome imprécis de céphalées et d'insomnie, sans qu'il y ait de troubles mentaux. Le bruit intense qui règne dans

les usines joue un rôle certain dans l'épuisement nerveux, mais on ne peut affirmer d'une façon certaine qu'il est à la base de psychopathie.

Enfin, on peut se demander si les conditions psychologiques de quelques professions ne joueraient pas un rôle dans l'éclosion de troubles mentaux. Les Dactylographes présentent parfois des syndromes dépressifs, curables avec arthénie, légère confusion initiale. Cela s'explique par un constant effort d'adaptation auquel sont soumis ces employés, d'autre part ce sont souvent des jeunes filles socialement déclassées, ou bien quelques jeunes filles des classes populaires qui ont voulu accéder à un emploi qui ne soit pas domestique. Il y a dans les deux cas un élément de transplantation qui doit intervenir.

Les progrès techniques de machines à écrire semblent capables de diminuer le bruit et l'éblouissement dû à la brillance des touches.

Les mécanographes se trouvent à peu près dans les mêmes conditions et leur travail est encore plus difficile et plus fatigant. Les téléphonistes donnent lieu aux mêmes remarques que les dactylographes. Il est certain que ces employés sont soumis à de fréquentes sollicitations psychiques qui demandent une réponse rapide, une adaptation immédiate.

Camus et Blondel ont étudié les psychoses que présentent les gouvernantes, ainsi que Ziehen et Kretschmer. Ce sont des psychoses interprétatives : ce sont, en général, des femmes que la vie a meurtries, ce sont des isolées, des déclassées qui font des délires de persécution compensateurs de

leur situation inférieure, analogues à la psychose « du 1^{er} lieutenant » dont nous avons eu l'occasion de parler. Comme disent Blondel et Camus : « supérieures à leur milieu par leur éducation et leur instruction, les institutrices lui sont en fait inférieures par leur situation sociale et matérielle, ni domestique et maîtresse, exposées à certaines attentions et à certains hommages suspects et, d'autre part, à des vexations et des manques d'égard de tout ordre, elles se sentent à tout instant froissées dans leur dignité et leur orgueil ; de là la double genèse chez des constitutionnelles des idées érotiques et mégalomaniaques d'une part, des idées de persécution d'autre part. C'est une nouvelle démonstration que les délires empruntent leurs formules et leurs couleurs contingentes au milieu et aux conditions dans lesquelles ils naissent. »

Le surmenage a été souvent incriminé dans le déterminisme des psychoses, il existe certainement dans un grand nombre de professions, mais on peut se demander s'il n'est pas l'effet d'une mauvaise orientation professionnelle. Schiff cite à l'appui de cette thèse le cas d'un garçon de café ayant manifesté un état de confusion mentale. En fait, il travaillait sous deux noms différents dans deux maisons différentes, et celui d'un mécanicien d'autorail qui conduisait à une moyenne horaire de 120 klm, pendant deux tranches de 4 heures avec un intervalle de repos extrêmement court. Pratiquement c'était un dégénéré avec obsessions qu'un examen psychotechnique aurait fait éliminer de ce poste. Il faut lutter contre les psychopathies professionnelles moins pen-

dant le travail qu'avant l'accès à la profession : c'est la sélection des travailleurs qui constitue la meilleure méthode préventive des troubles mentaux professionnels. Néanmoins il faut que les efforts portent également sur les facteurs de fatigue étant donné les étroites relations qui unissent la fatigue physique et la fatigue intellectuelle. La fatigue en effet n'est qu'une intoxication par les déchets de la combustion du glycogène : l'intoxication localement produite au niveau du groupe musculaire qui travaille passe très rapidement dans l'ensemble de notre économie, y compris le système nerveux central. C'est cette généralisation qui explique l'action de la fatigue sur le système nerveux.

Les tests de fatigue utilisés en physiologie présenteront de nombreux points communs avec ceux des psychotechniciens. Cependant la fatigue intellectuelle est plus lente à s'établir et se restaure également plus lentement. Si la fatigue n'est pas excessive et si le repos est suffisant, l'organisme récupère rapidement l'intégrité de ses fonctions, mais parfois, dans les conditions du travail industriel intensif, l'organisme n'a pas le temps de récupérer suffisamment et les résidus de la fatigue s'accumulent et occasionnent alors des troubles : c'est le tableau du surmenage.

D'une façon générale, l'ouvrier et le travailleur des grandes villes se trouvent placés dans des conditions de travail bien plus mauvaises que le travailleur de la campagne ou des toutes petites usines. Un ingénieur belge, F. Mercx, a rattaché la majorité des accidents à une défaillance de l'attention due à la fatigue. Pour lui les accidents

dépendent en effet d'un double facteur : humain, psychologique. Le facteur humain est représenté par l'âge : les accidents augmentent de 20 à 65 ans de 0,2 à 1,5 pour 1.000. Mercx écrit : « La fatigue industrielle résulte de l'exécution d'un travail qui exige une certaine concentration de l'attention sur une série d'opérations semblables ». Le facteur psychologique est représenté par certains éléments ethniques : le fatalisme de l'Algérien par exemple ; l'ancienneté, le vieil ouvrier ne croit plus à la possibilité des accidents, le caractère de l'ouvrier lui-même.

Aux conditions de travail se surajoutent les conditions de la vie moderne. « Ne sommes-nous pas tous des préfatigués ? » comme dit notre Maître le Dr Vié. La vie moderne dans une grande ville réunit un nombre extrêmement important de facteurs de maladies mentales, il suffit que le terrain soit quelque peu sensibilisé pour qu'éclate l'accident psychopathique. La méconnaissance de l'hygiène mentale est manifeste dans les modes de vie urbains modernes : les nuits sont brèves, les occupations incessantes, les repas absorbés rapidement, parfois debout selon la mode américaine. Chaque jour le Parisien est forcé de consacrer une partie de son temps à des déplacements fatigants, parfois dans l'atmosphère du métropolitain. On demande toujours plus de plaisirs et d'une façon très générale il semble qu'il y ait un abaissement des valeurs morales.

Nous avons parlé du bruit industriel, mais ce fléau n'est pas qu'industriel, en 1933 il a été stigmatisé par Gommès. Nous sommes au siècle du bruit : il y a là de toute évidence

un danger pour la santé mentale publique, d'autant plus que l'homme résiste moins bien que l'animal vis-à-vis des chocs qui lui parviennent avec une fréquence et une intensité excessives. Ces ébranlements presque continuels produisent même chez des sujets bien équilibrés, à plus forte raison chez des sujets tarés, des désordres pouvant atteindre une grande intensité. La plupart des acquisitions scientifiques modernes se traduisent par d'inévitables désagréments. L'oreille est l'organe des sens qui paraît le plus exposé à ces désagréments. Le développement formidable des moteurs à explosion est un des éléments capitaux de l'accroissement du bruit ; en plus du bruit des moteurs il y a celui des avertisseurs encore plus désagréable. Auguste Lumière s'est appliqué à étudier les modalités de l'action du bruit abusif et les répercussions de ces excitations anormales sur la santé publique. Sa théorie colloïdale nous fait entrevoir le mécanisme par lequel les facteurs émotifs peuvent déclencher chez l'homme des troubles fonctionnels et des affections organiques variées. Le Professeur Bordas a établi lui aussi que les bruits excessifs avaient une action néfaste pour la conservation de notre santé et il a pris l'initiative d'une campagne contre le bruit il y a déjà un certain temps. M. Lahy avec Milles Weinberg et Leconte ont fait dans ce sens des études fort intéressantes au laboratoire de psychotechnique de l'hôpital Henri-Rousselle. Le Docteur Donald Laird, du Laboratoire de psychologie de Colgate (Etats-Unis) et le Professeur Dockeray, de la Ohio Wesleyan University, ainsi que plusieurs commissions, notamment celle

de la ville de New-York et celle de Berlin en 1930, se sont consacrés à l'étude du bruit. Le bruit évidemment n'est pas le seul responsable du déséquilibre mental qui se répand, mais il a certainement pour effet d'exacerber les processus morbides latents et ce rôle de catalyseur pathologique est un danger social. Nous verrons au chapitre de la thérapeutique s'il est possible d'en diminuer les effets.

En dehors de tout effort de travail, il nous faut déjà fournir un effort de réadaptation constante de nos sens et de notre esprit : observer des jours et des heures fixes, vivre à la montre, ne pas oublier tous les règlements, les conventions, connaître les multiples signalisations. Une simple négligence portant sur un des éléments de cet ensemble peut avoir des conséquences dont la gravité nous fait fournir un effort d'attention incessant et épuisant.

De même que pour les conditions de travail, il ne paraît pas que les conditions de la vie moderne occasionnent des troubles mentaux spécifiques. A elles seules elles ne suffisent pas à provoquer ces troubles, mais si le terrain individuel est quelque peu fragilisé, ils peuvent alors survenir. Et il n'est pas niable que la vie moderne telle que nous pouvons la mener dans une grande ville est plus fatigante qu'il y a 50 ou 60 ans : il faut donc une plus grande résistance personnelle. Mais celle-ci ne suit pas le rythme de la vie moderne, elle n'augmente pas à la même allure. Le désaccord entre l'individu et ses besoins sociaux, ses occupations professionnelles et extra-professionnelles est bien plus souvent observé à notre époque qu'à l'époque précé-

dente. Nous voulions signaler ce facteur à la fin de notre étude afin d'avoir une vue plus complète de l'ensemble de la question.

CHAPITRE IV

Thérapeutique - Prophylaxie

Nous voulons terminer notre étude par un chapitre de thérapeutique. Elle doit être envisagée sous deux aspects : préventif, curatif. Les mesures préventives sont plus efficaces que le traitement curatif, car malheureusement notre action sur la maladie une fois installée n'est pas encore bien active dans un trop grand nombre de cas.

Une des plus grandes difficultés de la thérapeutique des psychoses à point de départ social nous paraît être un accroissement d'intensité du rythme de la vie moderne, et la vie ne paraît pas devoir revenir sur son rythme ancien. Bien plus, ce qui était limité aux grandes villes tend à gagner les petites villes. Il est impossible d'arrêter cette évolution fatale et si d'une façon générale elle est génératrice de bien, pour ce qui nous concerne, les maladies mentales semblent devoir devenir de plus en plus nombreuses.

La prophylaxie des maladies mentales, idée qui n'est pas encore répandue dans l'esprit du public, et même dans les milieux médicaux non psychiâtriques, suppose une armature de lois et de décrets complexe, dont l'adoption sera certainement difficile. Il serait pourtant utile que la notion de l'hygiène mentale se répande.

Dans les milieux urbains et industriels, la plus grosse difficulté paraît être de trouver un procédé capable de sélectionner d'une façon convenable les sujets de façon à ce qu'ils puissent s'adapter au milieu urbain moderne. Il est certain qu'il y a à Paris un grand nombre de gens qui ne sont pas faits pour y vivre, qui souffrent de cette vie et qui, replacés ailleurs, pourraient réussir d'une façon satisfaisante. Il faudrait un organisme médico-social capable d'effectuer le triage des éléments actuels et la filtration des nouveaux apports. L'élimination des éléments insuffisants, faite d'emblée avant l'éclosion des troubles mentaux, aurait lieu ainsi dans de bien meilleures conditions.

Dans le département de la Seine et dans quelques départements de province fonctionnent des services d'hygiène et de prophylaxie, des consultations psychiatriques, mais les gens sont peu informés et ces organismes n'ont pas l'extension qu'ils devraient avoir. Le service des visites à domicile organisé par le Docteur Dupouy fonctionne et rend de grands services, mais ce service ne dispose pas de pouvoirs suffisants et ne s'adresse qu'à une certaine catégorie de gens. Les assistantes sociales psychiatriques pourraient rendre de très grands services dans le dépistage des maladies mentales.

D'une façon générale, les rapports de l'aliéné et de la société ne semblent s'être établis qu'à l'avantage de la société et ceci s'expliquait par la notion de l'incurabilité des psychoses. Mais il faudrait que toute une législation permette au médecin d'intervenir avant que la maladie soit

installée, et lui en donne les moyens : ce serait une action comparable aux vaccinations obligatoires. Pratiquement les moyens à employer seraient des examens physiques et mentaux avec un ensemble de tests analogues à ceux utilisés dans la sélection psychophysiologique des ouvriers. Il y aurait là une psychotechnique sociale à créer dont les résultats pourraient sans aucun doute être aussi avantageux que ceux observés dans l'industrie.

Si une prophylaxie radicale ne peut être réalisée, on doit du moins pouvoir porter l'effort sur les facteurs qui abaissent le seuil de résistance psychique. Ce sont l'alcool, le bruit, le défaut d'hygiène de la vie moderne, le chômage, le surmenage qui représentent les principaux facteurs d'abaissement de ce seuil de résistance psychique.

La question de l'alcool a une importance considérable, il a été et il sera encore beaucoup écrit à son sujet, sans que cela n'amène de changement dans le lamentable état de choses actuel. Théoriquement il existe une réglementation, mais elle est insuffisante et surtout pas respectée. L'alcool agit par sa toxicité propre et celle des essences ajoutées, et aussi par la somme d'argent que sa consommation soustrait au foyer. Que de choses utiles on se prive dans certains milieux pour pouvoir boire ! Mais n'insistons pas sur tous les méfaits de l'alcool, ils sont bien connus. Il faudrait une série de lois amenant la fermeture d'un débit de boisson sur deux au moins. La qualité et le degré en alcool des boissons vendues sous des noms plus ou moins euphoniques devraient être sérieusement contrôlés, les impôts élevés dans

de notables proportions. En résumé il faudrait employer des moyens coercitifs dont le détail est extra médical. La propagande par la parole et par les affiches est une utopie sans action.

Le bruit dans les grandes villes représente également un fléau ! Il semble qu'une lutte ait été engagée sérieusement contre lui, mais la grande ville et l'usine demeurent bruyantes et les moyens d'y remédier ne paraissent pas aisés. L'ingénieur belge F. Mercx préconise certains moyens pratiques de le combattre : protection personnelle par des casques et divers appareils, mais cela n'est qu'un pis aller sans grande efficacité. Il propose d'une façon plus utile l'élimination des trépidations par l'emploi de dispositifs élastiques (souliers, sièges, meubles, machines à suspension spéciale), ainsi que l'utilisation de matériaux antibruit, l'aménagement des moteurs, mais on se heurte à de grandes difficultés techniques car les diverses substances employées n'ont pas un pouvoir absorbant égal pour toutes les ondes. Enfin Mercx préconise un moyen très original : le bruit antidote du bruit ; dans les endroits particulièrement bruyants, on se servirait de machines émettant des ondes qui interféreraient les ondes sonores nuisibles ; il reste à savoir ce que vaudrait pratiquement cette innovation hardie.

Quant aux défauts d'hygiène de la vie moderne, c'est le chapitre où l'on peut avoir le plus d'espoir. Depuis quelques années l'hygiène physique est entrée dans les habitudes des citadins, il n'en est pas de même de l'hygiène mentale malheureusement.

Un des plus terribles maux dont la société et l'individu souffrent actuellement est le chômage. Combien d'aliénés sont des chômeurs ! L'inaction dans de mauvaises conditions matérielles est un puissant facteur de perversion et de troubles.

Pour ceux qui travaillent dans de mauvaises conditions, il faut préconiser des améliorations matérielles capables de diminuer la fatigue, portant sur l'aération, l'éclairage, l'hygiène générale, la variation des gestes.

En somme, la prophylaxie socio-mentale pose une suite de problèmes complexes qui doivent mettre en œuvre, à côté des indications médicales, l'appui pratique des pouvoirs publics, la bonne volonté des masses.

Quant à la thérapeutique, elle peut être envisagée sous deux aspects : la thérapeutique des troubles à peine commençants, à l'état d'épuisement nerveux, et la thérapeutique des troubles installés. Il faut pour cela une surveillance médicale, dont l'écueil nous paraît être une restriction de la liberté individuelle difficile à éviter. Il faut surprendre les symptômes d'alarme de la fatigue nerveuse tels que les a décrit M. Marchand : lassitude matinale, sentiment de vide cérébral ou au contraire « lourdeur de la tête » sans céphalée, insomnie, mentisme, tendance dépressive avec subanxiété, inquiétude, tendance à l'exagération des moindres troubles. Cet ensemble de phénomènes ne s'accompagne pas de perturbations organiques appréciables et ne font que témoigner de l'état de souffrance du système nerveux : il n'y a pas une dystonie végétative mais un dérèglement de

tout le système nerveux. Des examens de spécialité fréquemment répétés doivent dépister ces manifestations et viser par le traitement à la réparation du trouble nutritif de la cellule nerveuse par des médicaments phosphorés ou arsénicaux par exemple, accompagnés bien entendu par une cure de repos, une transplantation, momentanée tout au moins, hors du milieu pathogène. Mais une fois les troubles déclarés on peut encore tenter une action, d'un genre nouveau de ce qui a été fait jusqu'à maintenant. Après une période de traitement dans un établissement psychiatrique sur le modèle de ceux qui existent actuellement, les sujets seraient classés dans la catégorie des non-adaptés définitifs, non-adaptés temporaires, et incurables. Suivant la catégorie à laquelle appartiendraient les sujets, leur destinée varierait.

Les incurables seraient maintenus en asile fermé ou envoyés dans des colonies familiales sur le modèle de celles qui existent actuellement. Les autres seraient placés dans des colonies familiales d'un genre un peu nouveau, les uns définitivement, les autres temporairement.

Ces colonies auraient plusieurs types de structures plus ou moins compliquées, car le problème consisterait à réadapter les sujets éliminés dans une autre collectivité de niveau inférieur où leur seuil de résistance psychique serait suffisant. Il faudrait donc pendant la période d'observation soumettre les sujets à une série d'épreuves capables de fixer leur seuil de résistance psychique. Quant aux colonies, elles ne seraient pas exclusivement agricoles, mais certaines reproduiraient d'une façon artificielle les différents types de

collectivités que nous pouvons rencontrer chez nous. Pratiquement il faudrait des collectivités rurales, comme celles qui existent actuellement, et des collectivités citadines de moyenne importance. Cela supposerait un accord inter-départemental afin d'avoir une population assez dense.

Le but final de tout cet ensemble serait d'offrir aux sujets que la vie moderne a impitoyablement éliminés une série de refuges étagés, à leur mesure, où ils pourraient connaître une existence heureuse avec tous les avantages de la liberté. La surveillance médicale fonctionnerait comme dans les colonies familiales avec un personnel spécialement éduqué à ces délicates fonctions. Ce serait l'œuvre charitable d'une société pour ceux dont elle a fait le malheur et qui ont comme les autres le droit à la vie et au bonheur.

CONCLUSION

I. — Sans retirer de leur importance aux facteurs somatiques des psychopathies, il convient de faire une place de plus en plus large aux facteurs sociaux. Depuis quelques années, leur influence est allée croissant, parallèlement aux incessantes transformations des modes vitaux. Le nombre des individus incapables de s'adapter aux complications continuelles de la vie moderne est devenu de plus en plus grand. Dès que le désaccord entre l'organe et sa fonction, entre l'individu et son rôle dans la Société, est devenu trop grand, les processus psychopathiques se sont installés.

II. — C'est grâce à ces notions qu'on peut comprendre l'ascension du nombre des aliénés et l'afflux de malades de moins en moins tarés dans les Hôpitaux psychiatriques. L'internement apparaît comme le refuge des sujets ayant dû subir « une involution sociale ». Il convient de mettre en relief ses divers aspects : d'une part, comme toute hospitalisation, l'internement constitue déjà une thérapeutique, d'autre part, c'est une mesure de protection de l'individu contre la Société, autant que de la Société contre l'individu. Dans notre étude, il est apparu que le rôle de l'internement comme protection de l'individu contre la Société en est venu à prendre un essor important.

III. — Nous avons parcouru les degrés successifs de l'évolution sociale. Les aliénés restent intégrés à la Société primitive, au stade de la vie rurale simple, seuls les grands malades doivent être isolés, les insuffisants et bien des psychopathes peuvent être utilement conservés dans leur milieu. La vie urbaine crée des exigences de plus en plus complexes et élimine de nos jours les débiles, les épileptiques, les déséquilibrés qui se voient fermer l'accès des professions trop astreignantes ou d'une technicité trop élevée. L'isolement, le changement brusque de milieu, les grands événements sociaux ou internationaux font parmi eux bien des victimes.

IV. — Aussi est-il nécessaire, parallèlement aux données théoriques que nous avons envisagées successivement, de faire une place importante à diverses conceptions thérapeutiques susceptibles de diminuer le nombre des aliénés. Une organisation prophylactique doit lutter contre les divers facteurs d'abaissement du seuil de résistance psychique et opérer autant que possible une sélection industrielle grâce à des méthodes s'apparentant à la psychotechnique.

La thérapeutique curative doit viser à réadapter des sujets éliminés de la vie moderne à des modes de vie réduits, à leur mesure, dans lesquels ils pourront retrouver un rôle social utile.

Vu : *Le Doyen,*
TIFFENEAU.

Vu : *Le Président,*
LAIGNEL-LAVASTINE.

Vu et permis d'imprimer.
Le Recteur de l'Académie de Paris,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- BERSOT. — Les aliénés en Europe. *Annales Médico-Psychologiques* 1936, n° 1.
- BERSOT et DESRUELLES. — Sur l'état de l'assistance aux aliénés en Europe. *L'Hygiène Mentale* 1938.
- BIRNBAUM. — Soziologie der neurosen. J. Spranger, Berlin 1933.
- BLONDEL et CAMUS. — Les délires des gouvernantes. Congrès des Aliénistes et Neurologistes 1909.
- CLAUDE, SIVADON - FORTINEAU. — Efflorescence mentale en rapport avec les événements d'actualité. *Annales Médico-Psychologiques*, juillet 1936.
- CODET. — Atteinte psychopathique dans les crises sociales. *Presse Médicale*, 30 avril 1938.
- COURBON. — Les mentalités paradoxales. *Journal de Psychologie* 1925.
- COURBON et TUSQUES. — Anaptisme mental et délinquance. *Annales Médico-Psychologiques* 1932.
- COURBON et VIÉ. — Délire épisodique de persécution par anaptisme mental chez une paysanne cuisinière à Paris. *Société clinique de Médecine Mentale*, 19 mars 1928.

- DELMAS-MARSALET. — Les délires de grève. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 24 juillet 1933.
- DESRUELLES et LAUGIER. — Statistique des aliénés. *Aliéniste Français* 1934, n° 7.
- DESRUELLES. — Une enquête sur l'assistance aux aliénés en France. *Aliéniste Français* 1934, n° 2.
- DUPOUY et LECONTE. — Conséquences psychopathiques des mouvements sociaux actuels.
- DUPOUY et NEVEU. — Etat de confusion maniaque en rapport avec les événements sociaux. *Annales Médico-Psychologiques*, juillet 1936.
- GELMA. — Menaces de cataclysmes sociaux et psychopathies. *Gazette des Hôpitaux*, 23 nov. 1938.
- ICHOK. — Etudes sur la population française ; les psychopathies. *Biologie Médicale*, mai 1938.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — La pratique psychiatrique.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — L'assécurose. *Société de Médecine de Paris*, 29 janv. 1936.
- LAIGNEL-LAVASTINE, G. D'HEUCQUEULLE et SAMBRON. — Tentatives de suicide répétées chez un instable déprimé sans travail. *Société Médico-Psychologique*, 13 février 1936.
- LECONTE. — Conflits sociaux et psychoses. *Doin*.
- MARCHAND. — Les symptômes d'alarme de la fatigue nerveuse. *Les Sciences Médicales*, avril 1937.
- MERCX. — La prévention des accidents par la méthode psychologique. *Association des Industriels de Belgique*, Bruxelles 1933.

MIGNARD et DURAND-SALADIN. — Les psychoses de désadaptation sociale et de dépaysement. Congrès des Aliénistes et Neurologistes, 1925.

MINKOWSKI. — Les conditions contemporaines culturelles et sociales et les neuroses. Warszawski Lekkarie 6-20-a, 3 janv. 1936.

PFFERSDORFF. — Les psychoses provoquées par le danger de guerre. Société de Médecine de Strasbourg et du Bas-Rhin, 29 oct. 1938.

RAIGA. — Cri d'alarme ; la folie et l'alcoolisme dans la Seine ; l'encombrement des asiles ; politique et décadence. Librairie du recueil Sirey.

SCHIFF. — Troubles psychiques des professions. Encyclopédie Française, tome VIII.

SERIN et TARGOWLA. — Une enquête médico-sociale sur les jeunes chômeurs à Paris. Bulletin de l'Académie de Médecine, 7 mars 1939.

TANON. — Les méfaits du bruit. Bulletin de l'Académie de Médecine, 6 déc. 1938.

URECHIA. — Les psychoses réactionnelles. Encéphale, sept. 1931.

VIÉ. — Indications psychiatriques du placement familial des hommes. Aliéniste français, juillet 1934.

VIÉ et QUÉRON. — Travaux et occupations des pensionnaires de la colonie familiale d'Ainay-le-Château. Aliéniste français, fév. 1935.

- VIÉ. — Réaction psychopathique ébauchée en rapport avec des difficultés sociales chez des déséquilibrés. Société Médico-Psychologique, 27 avril 1936.
- VIÉ et PATEL. — Suspension rapide des hallucinations lors de l'internement chez des délirants préséniles. Société Médico-Psychologique, 16 nov. 1938.
- VIÉ. — A propos de l'augmentation du nombre des aliénés. Congrès d'hygiène mentale, juillet 1937.
-



